

UNTERSUCHUNGEN ÜBER VERLAUFSFAKTOREN
BEI PSORIASIS

KARIN URBAN

1973



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554606_0019

Aus der Klinik für Dermatologie der Universität München

Direktor: Professor Dr. med. O. Braun-Falco

UNTERSUCHUNGEN OBER VERLAUFSFAKTOREN
BEI PSORIASIS



Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der Zahnheilkunde
verfaßt und einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig Maximilians - Universität zu München

vorgelegt von
K A R I N U R B A N

aus München

1 9 7 3



Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität München

Berichterstatter: Doz. Dr. G. Rassner

Mitberichterstatter: Prof. Dr. C. Braun-Falco

Dekan: Prof. Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 20. 2. 1973

INHALTSÜBERSICHT

Seite

1.	Einleitung	1
2.	Methodik	2
2.1	Patientengut	3
2.2	Fragebogen	4
3.	Ergebnisse	10
3.1	Zur Familien-Anamnese	10
3.2	Zur Eigenanamnese	11
3.3	Psoriasis-Anamnese	14
3.3.1	Erstmanifestation	14
3.3.2	Weiterer Verlauf	17
3.3.3	Letztes Rezidiv	20
3.3.4	Zur gegenseitigen Beziehung der Faktoren: Alter der Erstmanifestation - familiäre Beteiligung - Verlauf der Krankheit	22
3.4	Beeinflussung des Krankheitsbildes durch exogene Faktoren	24
3.4.1	Hautkrankheiten	24
3.4.2	Verletzungen	25
3.4.3	Berufliche Belastung der Haut	26
3.4.4	Klimawechsel	28
3.4.5	Intensive Sonneneinstrahlung	29
3.4.6	Höhensonne	30
3.4.7	Röntgenstrahlen	31
3.4.8	Wassereinwirkung	32
3.4.9	Jahreszeiten	33

3.5	Beeinflussung des Krankheitsbildes durch endogene Faktoren	35
3.5.1	Angina tonsillaris	35
3.5.2	Grippale Infekte	35
3.5.3	Zahnerkrankungen	36
3.5.4	Gelenkerkrankungen	37
3.5.5	Sonstige fieberhafte Organentzündungen	38
3.5.6	Sonstige Erkrankungen	40
3.5.7	Tonsillektomie	41
3.5.8	Appendektomie	42
3.5.9	Sonstige Operationen	42
3.5.10	Schwangerschaften	44
3.5.11	Wochenbett	44
3.5.12	Regelblutung	45
3.5.13	Besondere Ernährungsformen	46
3.5.14	Besondere Nahrungsmittel	47
3.5.15	Ernährungsänderung	48
3.5.16	Gewichtsabnahme	50
3.5.17	Gewichtszunahme	51
3.5.18	Alkohol	51
3.5.19	Seelische Belastung	52
4.	Diskussion	54
4.1	Vererbung	54
4.2	Verteilung der Geschlechter	56
4.3	Alter zu Beginn der Psoriasis	57
4.4	Lokalisation der Psoriasis	58
4.5	Verlauf der Psoriasis	59
4.6	Verletzungen	61
4.7	Beruf und Psoriasis	62

4.8	Sonneneinwirkung	62
4.9	Einfluß des Klimas	64
4.10	Einfluß der Jahreszeiten auf die Psoriasis	65
4.11	Angina tonsillaris	67
4.12	Grippe	68
4.13	Zahnerkrankungen	69
4.14	Andere fieberhafte Erkrankungen	70
4.15	Operationen	71
4.16	Gelenkkrankheiten	72
4.17	Gynäkologische Daten	74
4.18	Ernährung	78
4.19	Emotionelle Faktoren	79
5.	Zusammenfassung	82

Tabellen

Abbildungen

Literaturverzeichnis

1. EINLEITUNG

Die Ätiologie der Psoriasis liegt noch teilweise im Dunkeln. Soweit bisher festgestellt werden konnte, ist die Krankheit auf genetischem Wege übertragbar. Der Erbgang ist jedoch im einzelnen noch nicht geklärt. Es steht weiter fest, daß die Psoriasis nicht direkt vererbt wird, d.h. als klinisch manifestes Krankheitsbild, sondern lediglich als Disposition. Durch exogene oder endogene Provokationsfaktoren verschiedenster Art kann dann das Krankheitsbild manifest werden. So ist es durchaus denkbar, daß viele Menschen mit der Anlage zu dieser Krankheit leben, aber durch günstige Umstände diese nicht zum Ausbruch kommt. Andererseits ist es genauso wahrscheinlich, daß niemand mit solchen erblichen Anlagen Psoriasis bekommen müßte, wenn die auslösenden Faktoren - seien sie exogener oder endogener Natur - vom Patienten ferngehalten würden. Es ist daher von großer Bedeutung, die entscheidenden Faktoren zu ergründen bzw. die Auswirkungen verschiedenster Umwelteinflüsse exogener und endogener Faktoren aufzuspüren.

Es war das Ziel dieser Arbeit, durch Befragung von Patienten (die, je länger und schwerer sie mit dieser Krankheit zu tun haben, oft sehr genaue Beobachter sind, wenn auch subjektiv beeinflußt) etwaige Anhaltspunkte zu bekommen, die weitere Rückschlüsse auf die Natur der Provokationsfaktoren des Krankheitsbildes gestatten könnten. Dies wäre praktisch sehr bedeutsam, da die Therapie der Psoriasis wegen schneller und häufiger Rezidive unbefriedigend ist, einer gezielten Prophylaxe also große Bedeutung zukommt.

2. METHODIK

Es wurde ein Fragebogen ausgearbeitet, der versucht, sowohl den Krankheitsverlauf, im einzelnen detailliert nach Erstmanifestation, Verlauf und letztem Rezidiv darzustellen, als auch die Einwirkung mannigfacher Faktoren - endogener wie exogener - zu beobachten. Dieser Fragebogen, der unten aufgeführt ist, diente als Grundlage, denn er ließ - obwohl schon sehr umfassend - die Möglichkeit, im Gespräch mit dem Patienten erweitert zu werden, was speziell in den allen Kapiteln angefügten Punkten "Sonstiges" ausgedrückt ist. Die Untersuchungen sollten dahin gehen, daß der Bogen den Patienten nicht ausgehändigt wurde und sie selbst ihn ausfüllten, sondern er war als Grundlage für den Untersucher gedacht, der im Gespräch mit dem Patienten während dessen Klinikaufenthalt sich bemühte, die einzelnen Punkte zu erarbeiten.

Dies erschien sehr wichtig, da die Ergebnisse, auf diese Weise gewonnen, wohl als aussagekräftiger angesehen werden dürfen, als wenn Patienten einen Fragebogen selbst ohne Anleitung und Aufsicht durch einen Arzt ausfüllen. Hinzu kommt in diesem Fall noch, daß alle 100 Patienten von ein und demselben Untersucher befragt wurden. So hoffte man, unnötige Fehlerquellen auszuschalten, die durch Auswertungen mehrerer Untersucher oder durch selbständiges Beantworten eines Fragebogens durch Patienten möglicherweise entstehen könnten.

2.1. Patientengut

Der Klinikaufenthalt der Patienten betrug im Mittel ungefähr einen Monat, und so war reichlich Gelegenheit, Einzelheiten - die bei der ersten umfassenden Befragung unklar oder sogar unbeantwortet blieben - zu vervollständigen und zu klären, da der Patient, einmal mit unserem und in gewissem Sinne auch seinem Anliegen vertraut, darüber nachdenken konnte. Wir gingen sogar so vor, daß die Patienten bei ihrer stationären Aufnahme ein Schreiben bekamen, das sie auf die Befragung aufmerksam machte und ihnen in groben Zügen schilderte, worum es sich handelte, damit sie sich schon Gedanken machen konnten und nicht unvorbereitet waren. Im Zeitraum von nicht ganz 2 Jahren, also von 1968 bis einschließlich 1970, wurde 100 Patienten - 71 Frauen (71 %) und 29 Männer (29 %), die stationär aufgenommen waren - dieser Fragebogen vorgelegt.

Die Patienten waren zum Zeitpunkt der Befragung zwischen 16 und 80 Jahre alt. Im einzelnen verteilen sie sich auf 8 Altersgruppen:

5 Patienten	befanden sich zwischen dem 10. und 20. Lebensjahr,
27 Patienten	zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr,
17 Patienten	zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr,
15 Patienten	zwischen dem 40. und 50. Lebensjahr,
16 Patienten	zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr,
16 Patienten	zwischen dem 60. und 70. Lebensjahr,
3 Patienten	zwischen dem 70. und 80. Lebensjahr,
1 Patient	zwischen dem 80. und 90. Lebensjahr.

Die Geschlechtsverteilung ist als zufällig anzusehen, da aus technischen Gründen nicht das gesamte Patientengut der Klinik während der 2 Jahre zur Befragung herangezogen werden konnte.

2.2. Fragebogen

Die nächsten Seiten zeigen den Fragebogen, nach dem die Erhebungen durchgeführt wurden. Er besteht aus 2 Abschnitten. Der erste behandelt im sogenannten "Stationsbericht" die Anamnese der Patienten; die Fragen hierzu sind speziell ausgerichtet auf psoriatische Vorbelastung in der Familie und den Verlauf der Psoriasis. Im zweiten Abschnitt werden eingehend exogene und endogene Faktoren behandelt, die möglicherweise positiv oder negativ für den Krankheitsverlauf der Schuppenflechte bestimmend sein können.

An dieser Stelle soll gleich erwähnt werden, daß nicht alle Punkte des Fragebogens ausgewertet wurden, da sich einige offensichtlich unergiebig für die Fragestellung der Arbeit erwiesen.

STATIONSBERICHT

Anamnese:

F.A.:

Psorias in Familie: + - ?

Gesamtzahl

Kinder

Geschwister

Eltern

Großeltern

Sonstige

Erstmanifestation:

Jahr:

Alter:

Gelenkerkr. in Familie + - ?

Gyn.A.:

Menarche (Alter):

Regel:

regelmäßig:

unregelmäßig:

Menopause (Alter):

Partus (wann):

Abortus (wann):

Sonstiges:

Berufs-A.:

früherer Beruf:

von bis

jetziger Beruf:

von bis

J.A. (Psoriasis):

Erstmanifestation

Beginn, wann (Jahr, Monat):

Dauer:

Lokalisation:

Form: Ps. vulg. ex:

chron.:

Mischform:

Ps. pustulosa:

Barber

Zumbusch

Erythrodermie:

Gelenksbeschwerden: + - ?

Schwere: maximal wenige Herde:

maximal zahlreiche Herde:

Ursache: Tonsillitis:

sonst. Erkrankung:

Stress psychisch:

Stress physisch:

Sonstiges:

Weiterer Verlauf:

Ständige Erscheinungen: gleich stark + - ?
wechselnd + - ?

Freie Intervalle: regelmäßig:
unregelmäßig:

Intervalldauer (Monate/Jahre): maximal
minimal

Lokalisation: fest
wechselnd

Schwere: maximal wenige Herde
 maximal zahlreiche Herde
 wechselnd

Anderung des Krankheitsbildes:	ja:	nein:
Obergang Ps. vulg. ex. _____	Mischform:	wann:
Ps. vulg. ex. _____	chron.:	wann:
Ps. vulg. ex./chron. _____	Ps. pustulosa	
	Barber:	wann:
	Zumbusch:	wann:

Ps. arthrop.

Auftreten von Gelenkbeschwerden: (Jahr): wann:

Letztes Rezidiv:

Beginn, wann (genaue Angabe):

Lokalisation:

Form: Ps. vulg. ex. chron.: Mischform:
Ps. pustulosa Barber Zumbusch
Erythrodermie:
Gelenkbeschwerden: + - ? ?

Schwere: maximal wenige Herde
maximal zahlreiche Herde

Ursache:	Tonsillitis:	+	-	?
Sonst. Erkrankung:				
Stress psychisch:				
Stress physisch:				
Sonstiges:				

Hat sich die Psoriasis im Laufe der Jahre geändert:

schwerer:
leichter:
gleich stark:

Aufnahmebefund

Hautbefund

Psoriasis vulg. ex.	chron.	Mischform
Psoriasis pustulosa	Barber	Zumbusch
Erythrodermie:		

Allgemeinbefund

Konstit. Typ:	Athlet:	Pykn.:
	Leptos.:	Mischtyp:

Exogene Faktoren

	(seit) wann	Wirkung				
		keine Ø	Provo- kation -	Besse- rung +	lokal (X)	allg. (X)
1. Hauterkrankungen (welche):						
2. Verletzungen (-Narben):						
3. Beruf: Belastung der Haut (welche):						
4. Klimawechsel (Umzug, Urlaub):						
5. Intensive Sonnen- bestrahlung:						
6. Höhensonnen- bestrahlung:						
7. Röntgenbestrahlung:						
8. Wassereinwirkung (Seeaufenthalt, Bäder):						
9. Jahreszeiten: F						
	S					
	H					
	W					
10. Sonstiges:						

Endogene Faktoren:

Erkrankungen	(seit) wann	Wirkung		
		keine Ø	Provo- kation -	Besse- rung +
1. Angina tonsillar.:	1) letztes Jahr: 2) früher:			
2. grippale Infekte:	1) 2)			
3. Zahnerkrankungen	1) 2)			
4. Gelenkerkrankungen (welche):	1) 2)			
5. sonst. fieberhafte ent- zündliche Organerkrankungen (welche):	1) 2)			
6. Sonstiges:	1) 2)			
Operationen				
1. Tonsillektomie:	1) 2)			
2. Appendektomie:	1) 2)			
3. Sonstige (welche):	1) 2)			
Schwangerschaften				
1. Schwangerschaften	1) 2)			
Wochenbett				
1. Wochenbett	1) 2)			
Regelblutung				
1. Regelblutung	1) 2)			
Besondere Ernährungs- formen (welche):				
1. Besondere Ernährungs- formen (welche):	1) 2)			
Besondere Nahrungsmittel:				
1. Besondere Nahrungsmittel:	1) 2)			

Erkrankungen	(seit) wann	Wirkung		
		keine Ø	Provo- kation -	Besse- rung +
Ernährungsänderung (Diät):	1) letztes Jahr: 2) früher:			
Gewichtsabnahme:	1) 2)			
Gewichtszunahme:	1) 2)			
Alkohol:	1) 2)			
Seelische Belastung:	1) 2)			
Sonstiges:	1) 2)			

3. ERGEBNISSE

3.1. Zur Familien-Anamnese:

Psoriasis:

Von den 100 befragten Patienten geben 30 Patienten (30%) an, daß bei ihren Familienangehörigen ebenfalls Psoriasis diagnostiziert wurde. Betroffen sind am häufigsten Geschwister (17), dann Väter (11, in einem Fall fraglich), weitere Verwandte (9), Mütter (8, 2x fraglich), beide Eltern (2), Großvater (2), Großmutter (1). In 16 Fällen war jeweils 1 Verwandter betroffen, in 10 Fällen jeweils 2, in 3 Fällen jeweils 3 und schließlich in einem Fall 4 Familienangehörige.

Das Alter der Erstmanifestation bei den Verwandten konnten nur 17 Patienten (17%) genau angeben; 4 Patienten wissen nur, daß die Psoriasis ihrer Familienangehörigen in deren Kindheit aufgetreten sein muß, in 3 weiteren Fällen (die ebenfalls als Kind Psoriasis bekamen) ist das Alter, nämlich 8 und zweimal 12 Jahre, angegeben. In den verbleibenden Fällen trat die Erstmanifestation bei den Verwandten der Patienten im Alter von 16, 17, 18, 21, 25, 26, 35, 49 und 67 Jahren auf.

8 Patienten (8%) sind sich nicht sicher, ob ein Fall von Schuppenflechte in ihrer Verwandtschaft vorgekommen ist. 62% aller Patienten verneinen diese Frage.

Gelenkerkrankungen:

Zu dieser Frage konnten 16% der Patienten eine klare Auskunft geben in der Hinsicht, daß Gelenkkrankheiten in ihrer Familie vorkommen. Als Krankheiten wurden Arthritis eines oder mehrerer Gelenke und Rheuma genannt. Die Betroffenen waren: Eltern (Vater 2x, Mutter 5x), Geschwister (9x), Großeltern (Großvater 1x, Großmutter 4x).

3.2. Zur Eigenanamnese:

Berufe:

Es wurden alle 100 Patienten nach ihrem Beruf gefragt. Das Ergebnis ist ein sehr buntes Bild, das keinen besonderen Zusammenhang zwischen Krankheit und Beruf erkennen läßt. Die Aufteilung der Berufe läßt sich etwa folgendermaßen gestalten:

- 24 Patienten üben einen handwerklichen Beruf aus (Schneider, Bäcker, Modist, Maler, Kraftfahrzeugmechaniker, Elektriker, Schlosser, Maurer)
- 50 Patienten kann man unter den Begriff "Angestellte" fassen (Verkäufer, Bedienung, Schaffner, Kontorist, Buchhalter, Auslandskorrespondent, Drogist, Hostess)
- 24 Patienten sind im Haushalt tätig
 - 1 Patient war Student (Pädagogische Hochschule)
 - 1 Patientin war Volksschullehrerin.

Gynäkologische Anamnese:

Von den 71 weiblichen Patienten wurde eine gynäkologische Anamnese erstellt, die folgende Punkte überprüfen sollte: Menarche, Regel, Menopause, Partus, Abortus und evtl. sonstige Fakten. Das Alter der Patientinnen zum Zeitpunkt der Befragung war breit gestreut und ist aus folgender Zusammenstellung zu ersehen:

Alter	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89
Anzahl	3	22	10	7	14	12	2	1

Menarche:

Das Menarchenalter unserer Patientinnen ist weit gestreut und bewegt sich zwischen dem 11. und 20. Lebensjahr. Als Durchschnittsalter kann 13,6 Jahre angegeben werden.

Eine direkte Beziehung zwischen Menarche und Psoriasis ist in 4 Fällen gegeben. Bei diesen Patientinnen trifft der Beginn der Psoriasis zeitlich mit der Menarche zusammen. Das entspricht 5,6% der Patientinnen. Bei weiteren 5 Patientinnen (7,5% der Fälle) liegen Menarche und Psoriasis-Beginn nur ein Jahr auseinander und zwar begann bei 4 Patientinnen die Psoriasis ein Jahr vor der Menarche, in einem Fall ein Jahr danach. So kann man sagen, daß - wenn vielleicht auch zufälligerweise - zwischen Pubertät und Beginn der Psoriasis in 12,6% der untersuchten Patientinnen ein zeitlicher Zusammenhang besteht.

Regel:

Ober den Verlauf der Menstruation berichten 61 Patientinnen (86%), daß er regelmäßig ist, während er bei 10 Patientinnen (14%) als unregelmäßig bezeichnet wird. Ein Zusammenhang zwischen Regel und Psoriasis war nicht erkennbar.

Menopause:

Als ein weiteres einschneidendes Faktum im Leben einer Frau ist das Klimakterium anzusehen. Bei 27 der befragten Patientinnen (37,6%) trat die Menopause auf natürliche Art und Weise ein. Bei 3 Patientinnen führten operative Eingriffe im 20., 40. und 57. Lebensjahr dazu. In den Fällen, in denen die Entwicklung natürlich eintrat, geschah das zwischen dem 41. und 55. Lebensjahr. Das Durchschnittsalter beträgt 49,7 Jahre.

Keine Patientin äußerte jedoch, daß im Zusammenhang mit dieser Umstellung in ihrem Leben ein entscheidender Einfluß auf den Krankheitsverlauf der Psoriasis ausgeübt worden wäre. Aus dem Vergleich von Erstmanifestationsalter und Alter bei Beginn der Menopause ergibt sich, daß bei 11 der 27 Patientinnen die Psoriasis erst nach der Menopause begann und zwar in einem Abstand von 1 bis 23 Jahre.

Partus:

35 der 71 Patientinnen (49,9%) haben im Verlauf ihrer Psoriasis Kinder geboren, die Anzahl variiert zwischen 1 und 5 Kindern.

Durchschnittswert: 1,64 Kinder pro Patientin.

Abortus:

12 Patientinnen (16,9%) berichteten über Fehlgeburten. Während 10 Patientinnen jeweils eine Fehlgeburt hatten, gaben zwei Patientinnen jeweils zwei Fehlgeburten an.

3.3. Psoriasis-Anamnese

3.3.1. Erstmanifestation

Das Alter, in dem die Patienten zum erstenmal an sich Psoriasis entdeckten, ist allen (zumindest in etwa) bekannt. Als frühestes Erstmanifestationsalter wurde von einem Patienten 6 Jahre angegeben, als spätestes 70 Jahre. Abb. 1 und 2 zeigen die Altersverteilung bei der Erstmanifestation und zwar auf jeweils Zehnjahres-Abschnitte aufgeteilt.

Ein exaktes Datum der Erstmanifestation ist kaum einem Patienten in Erinnerung. 42% der Patienten können wenigstens eine Aussage über den Monat bzw. die Jahreszeit machen, in der sie zum erstenmal Psoriasis an sich entdeckten.

Bei 8 Patienten war es im Frühling, bei jeweils
9 Patienten im Sommer und Herbst und bei
16 Patienten im Winter.

Dauer:

59% der Patienten sind seit dem Beginn der Psoriasis nicht mehr erscheinungsfrei gewesen. Die verbleibenden

41 Patienten (41%) berichten von ganz unterschiedlichen Zeiträumen im Hinblick auf die Dauer der Erstmanifestation. Die Zeiträume schwanken zwischen 14 Tagen und 20 Jahren. 9 dieser Patienten, deren Erstmanifestation begrenzt war, können die genaue Dauer bis zur Abheilung der Erstmanifestation nicht angeben.

Lokalisation:

Die sehr umfassenden Untersuchungen zu den Lokalisationen der Psoriasis herde bei den einzelnen Patienten ergaben für diese Arbeit keine hervorhebenswerten Ergebnisse. Es zeigte sich, wie allgemein bekannt, ein bevorzugter Befall des Kopfes, der Knie und Ellbogen. Ansonsten waren die Herde über den ganzen Körper verteilt. Dieser Befund blieb im gesamten beobachteten Verlauf der Psoriasis gleich und wird daher nicht weiter ausführlich erwähnt.

Form:

Nach den Berichten der Patienten war die Verteilung der verschiedenen Formen der Psoriasis bei der Erstmanifestation folgendermaßen:

- 51 Patienten zeigten eine exanthematische Form
- 39 Patienten zeigten eine chronische Form
- 3 Patienten zeigten eine Mischform
- 7 Patienten zeigten eine Form der Psoriasis pustulosa Barber-o. Zumbusch.

Gelenkbeschwerden:

Gelenkbeschwerden zum Zeitpunkt der Erstmanifestation bestanden angeblich in keinem Fall.

Schwere:

- 83 Patienten (83%) gaben an, maximal wenig Herde im Verlaufe ihrer Erstmanifestation gehabt zu haben, bei
17 Patienten (17%) waren schon bei der Erstmanifestation zahlreiche Herde vorhanden.

Ursache:

Die gezielten Fragen nach der möglichen Ursache erbrachten folgende Ergebnisse:

In 3 Fällen (3%) gilt eine Angina tonsillaris als Anstoß sicher, in 2 weiteren Fällen von Angina tonsillaris ist es jedoch fraglich, ob diese zur Erstmanifestation bei den entsprechenden Patienten geführt hat.

6 Patienten (6%) bekamen nach fieberhaften Erkrankungen das erste Mal Psoriasis,

24 Patienten (24%) machen einen psychischen Stress verantwortlich für das erstmalige Auftreten ihrer Psoriasis.

14 Patienten (14%) sahen einen Zusammenhang mit physischen Anstrengungen.

Als weitere Gründe wurden genannt:

Menarche;

im Anschluß an Entbindung (Spritzen!);

Schluckimpfung;

Unfall;

Penicillin (2x);

mechanische Reize;

Klimawechsel;
Asthma;
Durchblutungsstörungen;
Zahnerkrankung;
Spülmittel;
Gewichtsverlust (40 Pfund) und schließlich
eintöniges Kantinenessen.

3.3.2. Weiterer Verlauf

Ständige Erscheinungen:

- 23 Patienten (23%) geben gleichstarke, ständige Erscheinungen an, bei weiteren
36 Patienten (36%) wechseln die Erscheinungen zwar in der Stärke, bestehen aber auch ständig. Nur
41 Patienten (41%) sind vorübergehend ganz frei von Psoriasis-herden gewesen:

Freie Intervalle:

Nur 5 Patienten (5%) geben regelmäßige freie Intervalle im Verlauf ihrer psoriatischen Krankheitsgeschichte an. Bei einem Patienten ist jeweils der Herbst und Winter beschwerdefrei, bei 3 anderen Patienten jeweils der Sommer. Ein fünfter Patient hat von 3 freien Intervallen berichtet, die jedesmal ein halbes Jahr gedauert haben.

14 Patienten (14%) hatten mehrmals freie Intervalle, aber der Abstand zwischen diesen Intervallen und die Dauer folgten keinerlei Regeln. Die Patienten wurden gefragt nach der längsten und nach der kürzesten freien Intervalldauer. Die Zahlen, die uns die Patienten

nannten, ergeben ein kunterbuntes Bild der Intervalldauer, nämlich zwischen 4 Monaten und 30 Jahren.

Nach der kürzesten Intervalldauer befragt, bewegt sich die Streuung der Werte zwischen 2 Wochen und 3 Jahren.

Erwähnenswert ist vielleicht noch, daß bei 2 Patienten eine offensichtliche Tendenz zur Verkürzung der freien Intervalle im Verlauf der Psoriasis besteht, was die folgenden Zahlen deutlich machen:

	1. Intervall	2. Intervall	3. Intervall	4. Intervall	5. Intervall
1. Pat.:	15 Jahre	10 Jahre	5 Jahre	2 Jahre	3/4 Jahr
2. Pat.:	2 Jahre	1/2 Jahr	1/4 Jahr	6 Wochen	

Ein Patient gibt keine genauen Zahlen an, er berichtet lediglich von unregelmäßigen freien Intervallen. 22 Patienten (22%) hatten jeweils nur ein freies Intervall im Verlauf ihrer Psoriasis bisher. Die Dauer betrug in den einzelnen Fällen zwischen 2 Monaten und 24 Jahren.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß

41 Patienten (41%) im Verlauf ihrer Psoriasis bisher erscheinungsfreie Intervalle hatten, in

5 Fällen (5%) kann man von einer Regelmäßigkeit sprechen,

14 Patienten (14%) geben eine unregelmäßige Zeitdauer und Folge der freien Intervalle an,

22 Patienten (22%) beobachteten überhaupt nur ein freies Intervall.

Lokalisation der Herde während des Verlaufs:

Bei 57% der Patienten sind die Herde während des Verlaufs der Psoriasis an der gleichen Stelle zu finden, also als fest zu bezeichnen.

Bei 43% wechseln die Lokalisationen der psoriatischen Herde.

19 Patienten (19%) von diesen 100 Befragten sagten jedoch aus, beides an sich beobachtet zu haben. Während bei ihnen einige Stellen immer beherdet sind, treten im übrigen dazu weitere Herde an verschiedenen Stellen in Erscheinung.

Schwere:

38% der Patienten berichten, daß sich im weiteren Verlauf ihrer Psoriasis immer nur wenige Herde zeigten,
18% hatten zahlreiche Herde, bei
44% der Patienten wechselt die Schwere des Erscheinungsbildes im Verlauf ihrer Psoriasis bis heute.

Änderung des Krankheitsbildes:

25 Patienten (25%) geben eine Änderung ihres Krankheitsbildes im Verlauf ihrer psoriatischen Krankheitsgeschichte an;
75 Patienten (75%) verneinen diese Frage.

Die Änderung des Krankheitsbildes läßt sich folgendermaßen aufgliedern:

Bei 6 Patienten ging die exanthematische Form in die Mischform über,
bei 10 Patienten ging die chronische Form in die Mischform über,
bei 2 Patienten ging die exanthematische Form in die chronische Form über,
bei 3 Patienten ging die chronische Form in die exanthematische Form über,
bei 1 Patienten ging die exanthematische Form in eine Erythrodermie über,
bei 1 Patienten ging die exanthematische Form in die pustulöse Form über,
bei 1 Patienten ging die exanthematische Form in die Psoriasis arthropatica über,
bei 1 Patienten ging die chronische Form in die Psoriasis pustulosa Zumbusch über.

3.3.3. Letztes Rezidiv

Beginn:

Die Altersverteilung der Patienten zu Beginn des letzten Rezidivs ist breit gestreut und bewegt sich zwischen dem 15. und 80. Lebensjahr.

Bei 6% der Patienten ist das Alter bei Beginn des Rezidivs fraglich. Der Zeitpunkt liegt in diesen Fällen zu weit zurück und ist den Patienten nicht mehr in Erinnerung.

Für 6% der Patienten war der Grund ihres derzeitigen Krankenhausaufenthalts kein Rezidiv, sondern die Erstmanifestation. Diese Patienten waren 24, 26, 54, 59, 64 und 70 Jahre alt.

Der Beginn des letzten Rezidivs liegt fast bei der Hälfte der Patienten, nämlich bei 42% im Winter.

16% der Patienten erkrankten in den Herbstmonaten neu.

14% der Patienten erlitten im Sommer ein neues Rezidiv und 11% im Frühling.

17% der Patienten konnten nicht mehr sicher sagen, in welchem Monat bzw. in welcher Jahreszeit ihr letztes Rezidiv begann.

Die Verteilung der Psoriasisherde zum Zeitpunkt des letzten Rezidivs erbrachte keine abnormen Ergebnisse. Die Verteilung zeigt die nämlichen Schwerpunkte wie bei der Lokalisation der Erstmanifestation.

Form:

37 Patienten zeigten eine exanthematische Form bei ihrem letzten Rezidiv,

23 Patienten zeigten eine chronische Form der Psoriasis,

29 Patienten zeigten eine Mischform.

- 7 Patienten zeigten Psoriasis pustulosa vom Typ Barber und
- 1 Patient zeigte Psoriasis pustulosa vom Typ Zumbusch.
- 1 weiterer Patient zeigte eine Mischform mit Übergang in Erythrodermie,
- 1 Patient zeigte eine Psoriasis arthropatica und
- 1 Patient schließlich zeigte eine exanthematische Form mit pustulöser Komponente.

Schwere:

16% der Patienten zeigten maximal wenig Herde,
84% hingegen zeigten zahlreiche psoriatische Erscheinungen.

Daß diese letzte Zahl so hoch ausfällt, ist verständlich, da es sich um stationäre Patienten handelte, die eben im allgemeinen so stark von Psoriasis befallen sind, daß eine ambulante Behandlung nicht mehr ausreicht.

Gelenkbeschwerden:

Diese Frage beantworteten
11 Patienten (11%) mit ja und
89 Patienten (89%) mit nein.

Ursache:

Die Patienten wurden auch in diesem Falle wieder gefragt, was ihrer Meinung nach das Rezidiv ausgelöst haben mag.

8% der Patienten glauben, daß eine Angina tonsillaris bei ihnen der auslösende Faktor gewesen ist.

23% der Patienten geben einen psychischen Stress als ursächlich an

4% der Patienten glauben einen Zusammenhang mit einem physischen Stress beobachtet zu haben.

Ansonsten wurden verschiedene Faktoren angegeben, wie:

mechanische Reize (Sturz);
Wochenbett;
fiebrhafte Erkrankungen;
Penicillin;
etwaige Nahrungsmittel;
Chemikalien im Beruf und
Jahreszeiten.

Verlauf:

75% der Patienten empfinden, daß ihre Psoriasis im Laufe der Zeit seit der Erstmanifestation wesentlich schwerer geworden ist.
2% der Patienten gaben jedoch an, daß sie eine Besserung ihrer Psoriasis festgestellt haben.
23% der Patienten berichteten keinerlei Änderung im Verlauf ihrer Psoriasis.

Hautbefund:

Der Hautbefund der Patienten zur Zeit der stationären Aufnahme zeigt wie üblich eine Verteilung der Herde über den gesamten Körper mit Bevorzugung des behaarten Kopfes, der Ellbogen und Knie, sowie des Rumpfes.

3.3.4. Zur gegenseitigen Beziehung der Faktoren: Alter der Erstmanifestation - familiäre Beteiligung - Verlauf der Krankheit:

Als abschließender Punkt der Auswertung des Stationsberichtes soll ein Versuch gemacht werden, eine mög-

liche Beziehung zwischen den Faktoren "Alter zu Beginn der Erstmanifestation"- "Familiäre Beteiligung" - "Verlauf der Krankheit" aufzuzeigen.

Die Tab. 1 und 2 zeigen - für alle 100 Patienten, aufgeteilt in 8 Gruppen entsprechend ihrem Alter zur Zeit der Erstmanifestation - einmal zahlenmäßig und einmal prozentual die Zusammenstellung der gewonnenen Daten zu diesem Fragenkomplex. Daraus läßt sich folgendes erkennen:

Die, wenn auch kleine erste Gruppe zeigt im Verhältnis die höchste familiäre Beteiligung. In bezug auf den Verlauf zeigt sie den schwersten Verlauf, was die Intervallfreiheit und den endgültigen stationär aufgewiesenen Hautbefund betrifft.

Bei den folgenden drei Gruppen läßt die familiäre Beteiligung auffällig nach, der Verlauf der Krankheit wird zwar, ebenso auf den einzelnen Patienten projiziert schlechter, aber doch - was das Verhältnis: freies Intervall/kein freies Intervall und auch die Schwere der untersuchten Befunde betrifft - gemäßigter.

Für die Gruppe der Patienten, die zwischen dem 50. und 70. Lebensjahr ihre Psoriasis bekamen, ist die familiäre Beteiligung ebenfalls nicht mehr groß und der Verlauf der Krankheit, den Hautbefund zum Zeitpunkt des Klinikaufenthalts eingeschlossen, zeigt eine weitere positivere Tendenz im Vergleich zu den vorgenannten Patienten.

Die letzte Gruppe, die jedoch nur aus zwei Patienten besteht, ist wohl zu klein, um eine besondere Aussagekraft zu haben, sie zeigt aber übereinstimmend in beiden Fällen einen schweren Krankheitsverlauf neben keiner familiären Beteiligung.

3.4. Beeinflussung des Krankheitsbildes durch exogene Faktoren

3.4.1. Hautkrankheiten

Diese Frage wird von 100 Patienten beantwortet:

13 Patienten erinnern sich an zusätzliche Hautkrankheiten
neben ihrer Psoriasis,
87 verneinen diese Frage.

Genannt wurden folgende Dermatosen:

einmal Akne, Verrucae, Erysipel
zweimal Ulcus cruris, Urticaria
viermal Ekzem, jeweils unbekannter Genese.

Zwei weitere Patienten machten folgende Angaben:

In einem Fall berichtet eine Patientin, daß 12 Jahre lang rote Flecken auf Gesicht, Backen und hinter den Ohren mit grießartiger Oberfläche im Frühling und Herbst auftraten. Seit neuerdings Psoriasis auftrat, seien derartige Erscheinungen nicht mehr beobachtet worden. Es bleibt dahingestellt, ob die Herde bis dahin nicht auch psoriatischer Art gewesen waren.

In einem anderen Fall wird berichtet, daß jeweils bei Beginn eines Rezidivs Fieberblasen am Mundwinkel auftraten. Dieser Herpes simplex ist aber wahrscheinlich mehr als Begleitsymptom denn als Ursache des Schubs zu werten.

Bei den meisten Patienten mit anderen Dermatosen zeigt der Verlauf der Psoriasis keine Besonderheit. Lediglich zwei Patienten mit ekzematischen Erscheinungen gaben eine sichere Verschlechterung der bestehenden Psoriasis an; einmal nur lokal, das andere Mal generalisiert.

Ein Patient, der über Erysipel klagte, hatte zur Zeit dieser Dermatoze keine Psoriasis-Erscheinungen.

Zusammenfassung:

Zahl der befragten Patienten:	100
Zahl der effektiven Antworten:	13
kein Einfluß:	85% (= 11 Patienten)
verschlechternder Einfluß:	15% (= 2 Patienten)
bessernder Einfluß:	0%
fraglicher Einfluß:	0%

3.4.2. Verletzungen

Diese Frage wird von 100 Patienten beantwortet:

75 der befragten Patienten beobachteten Verletzungen der Haut an sich und beschrieben deren Wirkung auf ihr psoriatisches Krankheitsbild. So empfanden

32 Patienten durch Verletzungen der Haut eine Provokation der bestehenden Psoriasis und zwar in allen Fällen an der Verletzungsstelle selbst, im Sinne eines neuen Herdes. Bei

2 Patienten war eine Verletzung der auslösende Faktor für den Beginn der Psoriasis: Ein Patient berichtete, daß nach einem Sturz aufs Knie nach der Abheilung zum ersten Mal ein psoriatischer Herd entstand, bei einem weiteren Patienten war eine Brandwunde die Ursache der Erstmanifestation.

Ansonsten sind Verletzungen mannigfacher Art für die lokale Provokation der Psoriasis verantwortlich gewesen: Kratzen, Schneiden, Schürfen, Brennen, Stoßen oder irgendwelche mechanische Belastungen.

1 Patientin äußerte, daß jede Hautregion, die durch eine Verletzung ein Hämatom bekam, nie mehr von psoriatischen Herden

befallen wurde; eine Beobachtung, die als lokale Besserung oder als Zufall gelten kann.

40 Patienten fühlten sich durch die oben erwähnten Verletzungen nicht in ihrem Krankheitsverlauf gestört.

Die verbleibenden 25 Patienten können sich nicht an eine Verletzung erinnern. Es ist aber möglich, daß Verletzungen dieser Art keine Veränderungen im psoriatischen Krankheitsbild der Patienten zeitigten und daher nicht in Erinnerung geblieben sind.

Zusammenfassung:

Zahl der befragten Patienten:	100
Zahl der effektiven Antworten:	75
kein Einfluß:	53% (= 40 Patienten)
verschlechternder Einfluß:	45% (= 34 Patienten)
bessernder Einfluß:	2% (= 1 Patient)
fraglicher Einfluß:	0%

3.4.3. Berufliche Belastung der Haut

Diese Frage wird von 100 Patienten beantwortet.

15 Patienten fühlen ihre Haut durch ihren Beruf bzw. durch die Dinge, mit denen sie berufshalber umgehen müssen, beeinflusst.

In 1 Fall kam es lediglich zu Juckreiz der Haut durch Schwitzen, in 4 Fällen sind die Patienten sich nicht im klaren, ob Staubstaub bzw. Schmutz und Schmiere bzw. HCl, Chromsäure, H₂S, bzw. Leim und Farbbandstreifen eine Belastung bzw. Beeinflussung ihrer bestehenden Psoriasis darstellen.

10 Patienten machen zu diesem Punkt genauere Aussagen, weil sie negative Erfahrungen mit folgenden Dingen, die durch ihren Beruf an sie herantreten, in bezug auf ihre Psoriasis gemacht haben:

Wollstaub (führt zu einer lokalen Verschlechterung an den Händen)

Nitroverbindung (ebenso lokale Verschlechterung an den Händen)

mechanische Belastung (lokal an den Stellen, die ständig gedrückt werden)

Feldarbeit (der Patient meint, daß sowohl die Arbeit an sich als auch die damit verbundene Anstrengung eine negative Rolle spielt)

Rifonit mit Salmiak (führt ebenso zu einer lokalen Verschlechterung der Schuppenflechte des Patienten)

Chemikalien in der Drogerie (die Patientin berichtet, seit ihrem Arbeitsantritt in der Drogerie sei ihre Psoriasis im allgemeinen schlechter geworden und führt das speziell auf die Chemikalien zurück, mit denen sie umgehen muß)

Benzin (führt zu einer allgemeinen Verschlechterung der Psoriasis)

Tri, Aceton, Lacke (bringen dem Patienten seiner Meinung nach eine lokale Verschlechterung seiner Psoriasis).

Zusammenfassung:

Zahl der befragten Patienten: 100

Zahl der effektiven Antworten: 100

kein Einfluß: 85% (= 85 Patienten)

verschlechternder Einfluß sicher: 10% (= 10 Patienten)

verschlechternder Einfluß fraglich: 5% (= 5 Patienten)

bessernder Einfluß: 0%

fraglicher Einfluß: 0%

3.4.4. Klimawechsel

Diese Frage wird von 100 Patienten beantwortet.

Nur 59 Patienten können jedoch zu diesem Punkt eine Aussage machen, da die verbleibenden 41 weder durch Urlaub noch durch einen Umzug einem Klimawechsel ausgesetzt waren.

18 Patienten blieben durch dieses Faktum in ihrem psoriatischen Krankheitsverlauf unbeeinflusst. Bei

16 Patienten trat jedoch im Anschluß daran eine Verschlechterung ein. In 2 dieser Fälle kam es durch den Klimawechsel zur Erstmanifestation der Psoriasis.

25 Patienten erlebten im Zusammenhang mit einem Klimawechsel eine Besserung ihrer momentan bestehenden Psoriasis.

Als Klimawechsel gaben die Patienten im allgemeinen Reisen in den "sonnigen Süden" an. Italien und Jugoslawien stehen an erster Stelle, aber auch bis nach Spanien, Griechenland und der Türkei sowie nach Israel führte der Weg der Patienten. Nur in einem Fall hat eine solche Reise eine Verschlechterung verursacht. Ansonsten berichteten die Patienten durchwegs von einer Besserung ihrer Psoriasis.

Bei den Umzügen - ob innerhalb Deutschlands oder aus dem Ausland nach hierher - ist eher eine provokatorische Wirkung zu beobachten. In dem ersten Fall spielen wohl zusätzlich zum Klimawechsel noch die Gründe der Reise, nämlich Ferien und damit Entspannung und Ruhe, eine große Rolle, um diesen positiven Einfluß auszuüben. Dazu kommen Sonne und Wasser. Es muß als ein Komplexgeschehen vieler Faktoren angesehen werden, daß die Mehrzahl dieser Patienten im allgemeinen von einem positiven Einfluß auf ihr psoriatisches Krankheitsgeschehen sprechen kann.

Die Patienten, die aufgrund eines Umzugs einem Klimawechsel ausgesetzt waren, reagierten nicht so günstig darauf. Das dürfte wohl in der aufregenden und kräfteverzehrenden Art des Klimawechsels mitbegründet sein.

Zusammenfassung:

Zahl der befragten Patienten:	100
Zahl der effektiven Antworten:	59
kein Einfluß:	30% (=18 Patienten)
verschlechternder Einfluß:	28% (=16 Patienten)
bessernder Einfluß:	42% (=25 Patienten)
fraglicher Einfluß:	0%

3.4.5. Intensive Sonneneinstrahlung:

Die Frage wird von 100 Patienten beantwortet.

Befragt nach der Wirkung der Sonne oder des Sonnenbades, antworteten

42 Patienten, daß dieses Faktum bei ihnen eine Besserung der Psoriasis hervorruft. Es sind sich alle diese Patienten einig, daß speziell die sonnenbestrahlten Stellen von der Heilung betroffen sind, 33 Patienten jedoch glauben an eine das Krankheitsbild im allgemeinen positiv beeinflussende Wirkung der Sonneneinstrahlung. Bei

17 Patienten kam es zu einer Verschlechterung des Krankheitsbildes nach einer intensiven Sonneneinstrahlung. In einem speziellen Fall brachte nur die Sonne im Gebirge angeblich eine Provokation, während am Meer die Sonneneinwirkung als heilend empfunden wurde. Ein zweiter Patient aus dieser

Gruppe reagierte gerade umgekehrt, er vertrug die Sonne am Meer nicht. In einem dritten Fall führte die Sonnenbestrahlung zu einer "allergischen Reaktion", die den ganzen Körper betraf. Ein Patient betrachtete die Sonneneinwirkung als Ursache eines neuen Rezidivs. Die anderen Patienten erlitten eine Verschlechterung des bestehenden Krankheitsbildes, in drei Fällen nur an den von der Sonne direkt bestrahlten Stellen, in den restlichen 14 Fällen im allgemeinen.

Von den verbleibenden 34 Patienten war keine eindeutige Antwort zu erlangen, da sie entweder aus beruflichen oder gesundheitlichen Gründen die Sonne meiden.

Zusammenfassung:

Zahl der befragten Patienten:	100
Zahl der effektiven Antworten:	66
kein Einfluß:	10% (= 7 Patienten)
verschlechternder Einfluß:	26% (= 17 Patienten)
bessernder Einfluß:	64% (= 42 Patienten)
fraglicher Einfluß:	0%

3.4.6. Höhensonne:

Diese Frage wird von 100 Patienten beantwortet.

Mit Höhengsonne haben nur sehr wenige Patienten der Befragung eine Erfahrung gemacht.

30 Patienten wurde entweder während eines Klinikaufenthaltes oder zu Hause diese Behandlung angeordnet.

In dieser kleinen Gruppe erzielten

14 Patienten damit eine Besserung ihrer Psoriasis. In 4 Fällen war die Besserung auf das bestrahlte Gebiet beschränkt.

- 4 Patienten erfuhren durch eine Behandlung mit Höhengsonne eine Provokation ihres Krankheitsbildes; in einem Fall wurde dadurch ein neuer Schub ausgelöst, zweimal war die Verschlechterung lokal auf den behaarten Kopf begrenzt. Bei 12 Patienten bewirkte die Behandlung mit Höhengsonne weder einen positiven noch einen negativen Einfluß auf das psoriatische Krankheitsbild.

In all den Fällen, in denen Höhengsonne zur Anwendung kam, bestand Psoriasis.

Zusammenfassung:

Zahl der befragten Patienten:	100
Zahl der effektiven Antworten:	30
kein Einfluß:	40% (= 12 Patienten)
verschlechternder Einfluß:	13% (= 4 Patienten)
bessernder Einfluß:	47% (= 14 Patienten)
fraglicher Einfluß:	0%

3.4.7. Röntgenstrahlen:

Diese Frage wird von 100 Patienten beantwortet.

17 Patienten wurden im Verlauf ihrer Psoriasis mit Röntgenstrahlen behandelt; bestrahlt wurden Fingernägel, Kopf und Gelenke.

13 Patienten verspürten nach der Behandlung eine lokale Besserung bzw. Heilung,

3 Patienten berichteten im Anschluß an die Behandlung mit Röntgenstrahlen über eine allgemeine Provokation ihrer Psoriasis,

1 Patient berichtet im Zusammenhang mit dieser Behandlung keine Reaktion auf sein psoriatisches Krankheitsbild, jedoch klagte er im Anschluß daran über Haarausfall.

Zusammenfassung:

Zahl der befragten Patienten:	100
Zahl der effektiven Antworten:	17
kein Einfluß:	6% (= 1 Patient)
verschlechternder Einfluß:	17% (= 3 Patienten)
bessernder Einfluß:	77% (= 13 Patienten)
fraglicher Einfluß:	0%

3.4.8. Wassereinwirkung:

Diese Frage wird von 100 Patienten beantwortet.

Der Einfluß des Wassers (Süß- oder Salzwasser) ist nur von 38 Patienten kritisch beobachtet worden. Daß der Prozentsatz so gering ist, liegt wohl einerseits an der fehlenden Möglichkeit, andererseits aber an der häufig bestehenden Scheu, sich in Badekleidung in der Öffentlichkeit zu zeigen.

Bei der Befragung der 38 Patienten, die die Wassereinwirkung auf ihre Psoriasis glauben beurteilen zu können, sagten

26 Patienten aus, daß sich unter diesem Einfluß ihre Psoriasis gebessert hat. Nur

4 Patienten glauben, daß dadurch eine Provokation des Krankheitsbildes hervorgerufen wurde.

8 Patienten fühlten sich davon in keiner Hinsicht beeinflusst.

Ein deutlicher Unterschied zwischen der Wirkung von Süß- und Salzwasser ist dabei zugunsten des Meeres ausgefallen. 24 Patienten berichten von einem verbessernden Einfluß auf ihre Psoriasis durch das Baden

im Meer, hingegen nur 2 beobachteten denselben positiven Einfluß durch das Baden im Süßwasser.

Zusammenfassung:

Zahl der befragten Patienten:	100
Zahl der effektiven Antworten:	38
kein Einfluß:	21% (= 8 Patienten)
verschlechternder Einfluß:	11% (= 4 Patienten)
bessernder Einfluß:	68% (= 26 Patienten)
fraglicher Einfluß:	0%

3.4.9. Jahreszeiten:

Durch die Frage, inwieweit die Jahreszeiten den Verlauf der Psoriasis bei unseren 100 Patienten beeinflussten, haben wir folgende Ergebnisse erhalten:

24 Patienten sehen keine jahreszeitlich bedingte Schwankung ihres Krankheitsverlaufs. Bei

4 Patienten ist ein Einfluß der Jahreszeiten unklar. Die Mehrheit jedoch, nämlich

72 Patienten gaben an, daß sich ihr Krankheitsbild deutlich mit den Jahreszeiten ändert.

Im allgemeinen kann man sagen, daß der Sommer einen günstigen Einfluß auf das Krankheitsbild ausübt, während Frühling, Herbst und Winter eher einen verschlechternden Einfluß auf die Krankheit haben.

	F	S	H	W
Provokation	28	6	31	26
Besserung	1	10	-	5

Einer der befragten Patienten stellte eine kühne Behauptung dahingehend auf, daß er meinte, die Rezidivneigung sei abhängig von dem Geburtsmonat des einzelnen Patienten. Dieser Patient ist in einem großen Betrieb beschäftigt und mehrere seiner Arbeitskollegen sind Psoriatiker. Diese haben im großen und ganzen seiner Meinung nach dieselben Erfahrungen gemacht, nämlich daß bei einem im Sommer liegenden Geburtsdatum die Rezidivneigung bzw. die Verschlechterung der Psoriasis im Sommer auftritt und umgekehrt.

Zusammenfassung:

Zahl der befragten Patienten:	100
Zahl der effektiven Antworten:	100
kein Einfluß:	24% (= 24 Patienten)
wirksamer Einfluß:	72% (= 72 Patienten)
fraglicher Einfluß:	4% (= 4 Patienten)

In Abb. 3 sind alle Ergebnisse zur Beeinflussung der Psoriasis durch exogene Faktoren noch einmal zusammengefaßt dargestellt.

3.5. Beeinflussung des Krankheitsbildes durch endogene Faktoren

3.5.1. Angina tonsillaris:

Diese Frage wurde 100 Patienten gestellt.

Erstaunlich wenig, nämlich nur 32 Patienten, wollen eine Angina tonsillaris gehabt haben. Auch eindringliche Nachfragen ergaben keine anderen Ergebnisse. In 9 Fällen war durch diese Krankheit eine Provokation - in 3 Fällen wurde eine Erstmanifestation, in 2 Fällen ein neuer Schub ausgelöst - beobachtet. Nur

- 1 Patient verspürte im Zusammenhang damit eine Besserung seiner Schuppenflechte.
- 22 Patienten fühlten durch ihre Angina tonsillaris in keiner Weise den Verlauf der Psoriasis beeinflußt.

Zusammenfassung:

Zahl der befragten Patienten:	100
Zahl der effektiven Antworten:	32
kein Einfluß:	69% (= 22 Patienten)
verschlechternder Einfluß:	28% (= 9 Patienten)
bessernder Einfluß:	3% (= 1 Patient)
fraglicher Einfluß:	0%

3.5.2. Grippale Infekte:

Diese Frage wurde 100 Patienten gestellt.

39 Patienten können zu dieser Frage eine Aussage machen, da sie sich deutlich an einen grippalen Infekt erinnern können und seine Wirkung auf den Krankheitsverlauf ihrer Psoriasis beobachtet haben.

- 24 Patienten waren in keinem Fall - ob sie zu dieser Zeit gerade Psoriasis-Herde hatten oder nicht - durch einen grippalen Infekt positiv oder negativ beeinflusst. Bei 3 Patienten war die Reaktion fraglich, 12 Patienten fühlten ihren Krankheitsverlauf eindeutig durch einen grippalen Infekt verschlechtert, in einem Fall war sogar die Grippe als auslösender Faktor für eine Erstmanifestation bezeichnet worden.

Zusammenfassung:

Zahl der befragten Patienten:	100
Zahl der effektiven Antworten:	39
kein Einfluß:	62% (= 24 Patienten)
verschlechternder Einfluß:	30% (= 12 Patienten)
bessernder Einfluß:	0%
fraglicher Einfluß:	8% (= 3 Patienten)

3.5.3. Zahnerkrankungen

Die Frage wurde 100 Patienten gestellt.

Der Zahnbestand der Patienten wurde nicht einer besonderen exakten Untersuchung unterzogen. Nur 18 Patienten hatten Beobachtungen zu dieser Frage angegeben. In

3 Fällen, in denen eine Affektion im Zahn-, Mund- und Kieferbereich eine Provokation der Psoriasis bewirkt hat, handelte es sich zweimal um eine apicale Ostitis eines bzw. mehrerer Zähne und im dritten Fall um eine Parodontitis der gesamten Zähne. Jedoch sind die gleichen pathologischen Zustände neben anderen wie Wurzelreste, retinierte Zähne, devitale Zähne,

Osteomyelitis, Abszedierungen und schwerere Eingriffe wie operative Entfernung eines Zahnes oder Extraduktion mehrerer Zähne auf einmal, auch unter den

- 13 Fällen zu nennen, in denen die Patienten durch diese Zahn-
erkrankungen keine Beeinflussung ihrer Psoriasis erfuhren.
2 Patienten waren nicht sicher, ob bei ihnen Beschwerden im
Zahn-, Mund- und Kieferbereich wirklich einen Einfluß auf
ihre Psoriasis gehabt haben.

Zusammenfassung

Zahl der befragten Patienten:	100
Zahl der effektiven Antworten:	18
kein Einfluß:	72% (= 13 Patienten)
verschlechternder Einfluß:	17% (= 3 Patienten)
bessernder Einfluß:	0%
fraglicher Einfluß:	11% (= 2 Patienten)

3.5.4 Gelenkerkrankungen:

Diese Frage wurde 100 Patienten gestellt.

18 Patienten geben Gelenkbeschwerden an.

- 2 von diesen hatten bereits vor Beginn der Psoriasis und nicht
mehr im Verlauf ihrer Schuppenflechte Gelenkbeschwerden an
sich beobachtet, davon wurden in einem Fall rheumatische Be-
schwerden angegeben und im zweiten Fall mußte es sich um eine
Arthritis der Fuß- und Fingergelenke gehandelt haben. Bei
16 Patienten traten die Gelenkbeschwerden während ihrer Psoria-
sis auf, in 7 Fällen bestanden die Beschwerden vorübergehend,
in 9 Fällen dauern die Gelenkbeschwerden bis heute an. Nur
2 Patienten berichten von einem Zusammenhang der beiden Krank-
heitsabläufe: In einem Fall von Arthritis bewirkt eine Ver-
schlechterung der Gelenkbeschwerden eine Verschlechterung der

Psoriasis und in einem zweiten Fall - der Patient zeigt Gelenkbefunde vom Typ der PCP - ist eine Verschlechterung der Gelenksbeschwerden als Folge einer Verschlechterung der Psoriasis genannt worden.

In den weiteren Fällen, in denen es sich einmal um eine direkte Psoriasis arthropatica handelt, dreimal um Rheuma (ohne weitere Differenzierung), dreimal um polyarthritische Beschwerden und ansonsten um Gelenkschmerzen unbekannter Ursache - eventuell durch Überbeanspruchung oder Erkältung - ist laut Aussage der Patienten die Psoriasis nicht in irgendeiner Weise beeinflußt.

Im Durchschnitt kann man sagen, daß die Gelenksbeschwerden etwa 15 Jahre nach Beginn der Psoriasis erstmals aufgetreten sind.

Zusammenfassung:

Zahl der befragten Patienten:	100
Zahl der effektiven Antworten:	18
kein Einfluß:	89% (= 16 Patienten)
verschlechternder Einfluß:	11% (= 2 Patienten)
bessernder Einfluß:	0%
fraglicher Einfluß:	0%

3.5.5 Sonstige fieberhafte Organentzündungen

Diese Frage wurde 100 Patienten gestellt.

30 Patienten konnten dazu ihre Beobachtungen darlegen. Ihre Krankheiten und deren Wirkungen auf die Psoriasis der Patienten sollen im einzelnen aufgeführt werden:

- 1 Patient litt an Retinitis, diese Entzündung bewirkte einen neuen Schub seines psoriatischen Krankheitsgeschehens.

2 Patienten litten an chronischer Otitis media, in einem Fall führte die Exacerbation der Otitis media zu einem psoriatischen Schub.

4 Patienten berichteten von einer Bronchitis. In einem Fall verschlimmerte sich dadurch die schon bestehende Psoriasis.

1 Fall von Pneumonie wurde genannt; im Zusammenhang damit kam es zu einer Verschlechterung der Psoriasis dieses Patienten.

2 Patienten berichteten von einer Gastritis, die aber in jedem Falle das psoriatische Krankheitsgeschehen unbeeinflusst ließ.

2 weitere Patienten berichteten, daß sie ein Duodenalulcus hatten. In einem Fall kam es zur Perforation. Dieser Patient berichtete, daß an der Stelle der Operationswunde die Psoriasis eine Besserung erfuhr. Er führt das auf die im Zuge der sich anschließenden Operation durchgeführte Desinfektion in diesem Gebiet zurück.

2 Patienten berichteten von einer Cholecystitis; in einem Fall blieb das psoriatische Krankheitsbild von dieser Tatsache unbeeinflusst, in einem Fall kam es bei schon bestehender Psoriasis zu einer Verschlechterung des Krankheitsbildes.

1 Patient berichtete, daß seine Psoriasis, sobald er eine Gallenkolik bekommt, eine Verschlechterung erfährt.

1 Fall von Hepatitis wurde genannt, der jedoch nach Berichten des Patienten keinerlei Einfluß auf seine Psoriasis hatte.

4 Patienten haben eine Pyelonephritis durchgemacht. In einem Fall glaubte der Patient, dadurch eine Verschlimmerung seiner damals bestehenden Psoriasis empfunden zu haben.

1 Patient beobachtete im Zusammenhang mit einer Zystitis keinerlei Veränderungen in seinem psoriatischen Krankheitsgeschehen.

4 Patientinnen litten zwischenzeitlich an Entzündungen ihrer Adnexe, ohne irgendeine Beeinflussung ihrer Psoriasis.

1 weitere Patientin berichtete, daß seit 6 Jahren gleichzeitig mit einem Psoriasis-Rezidiv eine Adnexitis auftritt.

4 Patienten berichteten schließlich, daß sie keinerlei Wirkung auf ihre Psoriasis im Zusammenhang mit einer Appendicitis beobachten konnten.

Zusammenfassung:

Zahl der befragten Patienten:	100
Zahl der effektiven Antworten:	30
kein Einfluß	70% (= 21 Patienten)
verschlechternder Einfluß:	27% (= 8 Patienten)
bessernder Einfluß:	3% (= 1 Patient)
fraglicher Einfluß:	0%

3.5.6 Sonstige Erkrankungen

Diese Frage wurde 100 Patienten gestellt.

Nur wenige Patienten gaben dazu eine Auskunft. Von den meisten hört man die Antwort: "Ich bin gesund bis auf die Psoriasis". 8 Patienten äußerten sich jedoch hierzu genauer.

- 1 Patientin berichtet, daß sie seit ihrem 16. Lebensjahr mit Beginn der Menarche epileptische Anfälle bekam, die jeweils eine Provokation ihrer Psoriasis bewirkten.
 - 1 Patient leidet an Asthma. Jeder Asthma-Anfall löst bei ihm einen neuen Schub aus. In einem weiteren Fall war bei
 - 1 Patientin ein Schrittmacher nötig. Eigenartigerweise entwickelte sich beim Nachlassen der Batterie eine Erythrodermie, die sich nach Auswechseln der Batterie wieder normalisierte.
- Kreislaufbeschwerden unklarer Art werden ab und zu angegeben, sind aber nicht klar zu fassen. In
- 2 Fällen besteht eine deutliche Hypertonie, die sich aber nach Meinung der Patienten nicht auf deren Psoriasis auswirkt. In
 - 2 Fällen wurde Leberverfettung diagnostiziert, die Patienten konnten aber keine Aussage über eine evtl. Wirkung auf ihre Psoriasis dadurch machen.
 - 1 Patientin berichtet schließlich noch über eine Venenthrombose intra partum. Sie glaubte ihre Psoriasis jedoch dadurch unbeeinflusst.

Zusammenfassung:

Zahl der befragten Patienten:	100
Zahl der effektiven Antworten:	8
kein Einfluß:	63% (= 5 Patienten)
verschlechternder Einfluß:	37% (= 3 Patienten)
bessernder Einfluß:	0%
fraglicher Einfluß:	0%

3.5.7 Tonsillektomie:

Diese Frage wurde 100 Patienten gestellt.

21 Patienten haben eine Tonsillektomie hinter sich.

3 Patienten empfanden danach eine Besserung ihrer Psoriasis, die sie auch zum Zeitpunkt der Operation gerade hatten.

2 Patienten beobachteten dadurch eine Provokation ihres psoriatischen Krankheitsverlaufs: In einem Fall der schon bestehenden Erscheinungen, im anderen begann im Anschluß an die Operation ein Rezidiv.

16 Patienten empfanden keine Wirkung auf ihre Schuppenflechte durch diese Operation.

Zusammenfassung:

Zahl der befragten Patienten:	100
Zahl der effektiven Antworten:	21
kein Einfluß:	76% (= 16 Patienten)
verschlechternder Einfluß:	10% (= 2 Patienten)
bessernder Einfluß:	14% (= 3 Patienten)
fraglicher Einfluß:	0%

3.5.8. Appendektomie

Diese Frage wurde 100 Patienten gestellt.

28 Patientinnen haben eine Appendektomie hinter sich.

- 1 Patient, der nach einer Appendektomie eine Verschlimmerung seiner momentan bestehenden Schuppenflechte beobachtete, führt die Provokation auf ein durch die Operation bedingtes Aussetzen der Therapie zurück.
- 27 Patientinnen, die sich derselben Operation unterzogen, empfanden dadurch keinerlei positiven oder negativen Einfluß auf den Verlauf ihrer Psoriasis.

Zusammenfassung

Zahl der befragten Patienten:	100
Zahl der effektiven Antworten:	28
kein Einfluß:	96% (= 27 Patientinnen)
verschlechternder Einfluß:	4% (= 1 Patient)
bessernder Einfluß:	0%
fraglicher Einfluß:	0%

3.5.9. Sonstige Operationen

Diese Frage wurde 100 Patienten gestellt.

- 19 Patientinnen mußten sich auch anderen Operationen unterziehen. An
- 6 Patientinnen wurde eine Gallenoperation vorgenommen, in 5 Fällen handelte es sich um eine Cholecystektomie, in 1 Fall um eine Cholecystotomie. Nur einer der Patientinnen, bei denen eine Gallenblase entfernt wurde, reagierte darauf mit einem erneuten psoriatischen Schub, die anderen Patientinnen hatten zur Zeit des Eingriffs psoriatische Herde, die aber keinerlei Besserung oder Verschlechterung im Anschluß an die Operation erfuhren.

2 Patienten konnten nach einer Operation eine Provokation im Krankheitsverlauf ihrer Schuppenflechte angeben. Einmal war es eine Patientin nach einer Uterusexstirpation, dann ein Patient nach einer Leistenbruch-Operation.

Ansonsten waren die nachfolgend aufgeführten Operationen für die Psoriasis der Patienten unerheblich:

- Abrasio
- Sectio
- Nasenseptumbegradigung
- Hämorrhoiden-Operation
- Poplitea-Verschluß
- eine Operation, die die Mutterbänder anheben sollte nach einer Bauchhöhlenschwangerschaft
- das Anlegen einer Mastdarmfistel
- Entfernung einer Struma
- Entfernung eines Nierensteines durch die Blase
- eine Bruchoperation
- eine Brustoperation.

Zusammenfassung

Zahl der befragten Patienten:	100
Zahl der effektiven Antworten:	19
kein Einfluß:	83% (= 16 Patienten)
verschlechternder Einfluß:	17% (= 3 Patienten)
bessernder Einfluß:	0%
fraglicher Einfluß:	0%

3.5.10. Schwangerschaften:

Diese Frage wurde 71 Patientinnen gestellt.

35 Patientinnen (49,9 %) haben im Verlauf ihrer Psoriasis Kinder geboren.

27 Patientinnen haben in dieser Zeit ihre Psoriasis nicht verändert gefunden. In

7 Fällen soll eine Besserung der Psoriasis während der Schwangerschaft aufgetreten sein, in

1 Fall eine Verschlechterung.

Zusammenfassung:

Zahl der befragten Patientinnen: 71

Zahl der effektiven Antworten: 35

kein Einfluß: 77% (= 27 Patientinnen)

verschlechternder Einfluß: 3% (= 1 Patientin)

bessernder Einfluß: 20% (= 7 Patientinnen)

fraglicher Einfluß: 0%

3.5.11. Wochenbett:

Diese Frage wurde 71 Patientinnen gestellt.

28 der insgesamt 35 Patientinnen, die im Verlauf ihrer

- Psoriasis Kinder gebären, nahmen in der Zeit des Wochenbettes keine Veränderung ihrer Psoriasis wahr. In

3 Fällen wurde eine Besserung der Psoriasis beobachtet, in

4 Fällen eine Verschlechterung.

Zusammenfassung:

Zahl der befragten Patientinnen: 71

Zahl der effektiven Antworten: 35

kein Einfluß:	80% (= 28 Patientinnen)
verschlechternder Einfluß:	11% (= 4 Patientinnen)
bessernder Einfluß:	9% (= 3 Patientinnen)
fraglicher Einfluß:	0%

3.5.12. Regelblutung:

· Diese Frage wurde 71 Patientinnen gestellt.

Die überwiegende Mehrheit, nämlich

55 Patientinnen, haben keinerlei Auswirkung dadurch auf ihre
Psoriasis gesehen, bei

3 Patientinnen soll in diesen Tagen eine Besserung, bei

13 Patientinnen eine Verschlechterung ihrer Schuppenflechte
eingetreten sein.

Zusammenfassung:

Zahl der befragten Patientinnen: 71

Zahl der effektiven Antworten: 71

kein Einfluß:	78% (= 55 Patientinnen)
verschlechternder Einfluß:	18% (= 13 Patientinnen)
bessernder Einfluß:	4% (= 3 Patientinnen)
fraglicher Einfluß:	0%

3.5.13. Besondere Ernährungsformen:

Zu diesem Punkt wurden wiederum 100 Patienten befragt. Verschiedene versuchten selbst, wie man aus den Antworten ersehen kann, durch ihre Ernährung die Psoriasis zu beeinflussen. Im allgemeinen erhält man den Eindruck, daß fette, scharfe und saure Nahrungsmittel (z.B. Essiggurke, Zitrone etc.) als evtl. die Krankheit negativ beeinflussend gewertet werden können; dasselbe wird auch oft noch von Schweinefleisch behauptet.

25 Patienten verschrieben sich zeitweise eine ihrer Meinung nach günstige Ernährungsform, die aber dann wieder abgebrochen wurde, weil sie nicht den erwarteten Erfolg brachte. Im einzelnen probierten sie folgende Ernährungsformen aus:

- kein Schweinefleisch
- keine Kartoffeln
- kein Dörrobst
- keine fetten und gewürzten Speisen
- kein Schweinefleisch und keine sauren Nahrungsmittel
- Reformkost
- ohne Butter, Kartoffeln und Alkohol
- ohne Schweinefleisch, Tomaten und Kaffee
- wenig Gewürz, Alkohol und Fett
- zuckerfrei
- salzlos
- fleischreich.

2 Patienten berichteten, daß eine fettarme Ernährung Besserung gebracht habe, während weitere

3 Patienten dadurch keinen Erfolg sahen.

3.5.16. Gewichtsabnahme:

100 Patienten wurden gefragt, ob sie sich an eine Zeit erinnern können, in der sie einen deutlichen Gewichtsverlust erlitten haben.

26 Patienten berichteten daraufhin von einer Gewichtsabnahme, die sich zwischen einigen Pfunden bis zu 40 Pfund belief.

14 Patienten beobachteten dadurch keinerlei Einfluß auf ihre Psoriasis.

3 Patienten konnten keine klare Auskunft darüber geben, während

7 Patienten, die meist zwischen 30 und 40 Pfund abgenommen hatten, über eine Provokation ihrer Psoriasis im Zusammenhang mit der Gewichtsabnahme berichten.

2 Patienten empfanden die Gewichtsabnahme als wohltuend auch für die Psoriasis.

Zusammenfassung:

Zahl der befragten Patienten:	100
Zahl der effektiven Antworten:	26
kein Einfluß:	54% (=14 Patienten)
verschlechternder Einfluß:	27% (= 7 Patienten)
bessernder Einfluß:	7% (= 2 Patienten)
fraglicher Einfluß:	12% (= 3 Patienten)

4mal Diabetiker-Diät

7mal Gallenschonkost

1mal Leberschonkost

und in solche, die sich die Patienten selbst auferlegten. Da sind zu nennen:

- Weizengelkur
- Entschlackungskur
- Schroth-Kur
- Obstkur
- Obst- und Milchkur (zum Abnehmen).

1 Patient empfand durch die Gallenschonkost eine Besserung seiner bestehenden Psoriasis.

1 Patientin, die durch Obst- und Milchkur abnehmen wollte, erlebte eine Provokation ihrer Psoriasis.

1 Patient (Diabetiker), der einmal an Weihnachten, wie er berichtet, "gesundigt" hatte und zuviel Süßes aß, erlebte im Anschluß daran eine Verschlechterung seiner Schuppenflechte. Er glaubt, daß der Diätfehler als Ursache der Provokation seiner Psoriasis anzusehen ist.

Die anderen Patienten fühlten ihre Psoriasis durch die durchgeführte Ernährungsänderung nicht beeinflußt.

Zusammenfassung:

Zahl der befragten Patienten:	100
Zahl der effektiven Antworten:	17
kein Einfluß:	82% (=14 Patienten)
verschlechternder Einfluß:	12% (= 2 Patienten)
bessernder Einfluß:	6% (= 1 Patient)
fraglicher Einfluß:	0%

die auf Empfehlung anderer Psoriatiker diese Nahrungsmittel ausprobierten.

Hingegen berichteten

3 Patienten, die jeweils Buttermilch, Yoghurt und einen speziellen Tee für Schuppenflechte vermehrt zu sich genommen hatten, dadurch eine Besserung ihrer Psoriasis.

1 Patient macht Schweinefett für eine Verschlechterung seiner Schuppenflechte verantwortlich.

1 Patientin berichtet, daß Orangensaft bei ihr eine Provokation der Psoriasis hervorgerufen hat, ebenso klagten

2 Patienten nach Genuß von Erdbeeren bzw. Weintrauben über eine Verschlechterung ihrer Psoriasis.

1 Patient versuchte eine Kur mit Kaffee zu machen. Er trank pro Tag 7 Tassen starken Kaffee, allerdings gab er die Wirkung dieser Maßnahme auf die Psoriasis mit "fraglich" an.

Zusammenfassung:

Zahl der befragten Patienten: 100

Zahl der effektiven Antworten: 10

kein Einfluß: 20% (= 2 Patienten)

verschlechternder Einfluß: 40% (= 4 Patienten)

bessernder Einfluß: 30% (= 3 Patienten)

fraglicher Einfluß: 10% (= 1 Patient)

3.5.15. Ernährungsänderung:

Hierzu wurden 100 Patienten befragt.

Die Ernährungsänderungen teilen sich in medizinisch begründete:

- 1 Patient schwört auf Fisch. Er richtet zu 50% sein Essen auf Fischgerichte aus und glaubt, daß das für seine Psoriasis gut sei. Weitere
- 3 Patienten haben mit folgender Ernährungsweise eine Besserung ihrer Psoriasis erzielt:
 - viel Salat und Frischgemüse, fleischarm
 - Frischgemüse, kein Schweinefleisch
 - fettlos und keine scharfen Nahrungsmittel.
- 1 Patient berichtet, daß das Essen, das er im Spanien-Urlaub zu sich nahm, seine Psoriasis deutlich verschlechtert hat.
- 2 andere Patienten erzählten von dem negativen Einfluß scharfer Ernährung.
- 1 Patient verspürte nach zu süßer Kost eine Verschlechterung seiner Psoriasis.

Zusammenfassung:

Zahl der befragten Patienten:	100
Zahl der effektiven Antworten:	25
kein Einfluß:	60% (= 15 Patienten)
verschlechternder Einfluß:	16% (= 4 Patienten)
bessernder Einfluß:	24% (= 6 Patienten)
fraglicher Einfluß:	0%

3.5.14. Besondere Nahrungsmittel:

Diese Frage wurde 100 Patienten gestellt.

10 Patienten nannten auf diese Frage hin spezielle Nahrungsmittel, mit denen sie versucht haben, eine Besserung ihrer Psoriasis hervorzurufen.

Keine Wirkung schienen Diätöl und Frasdorfer Wasser auf die Psoriasis der Patienten ausgelöst zu haben,

3.5.17. Gewichtszunahme:

Diese Frage wurde 100 Patienten gestellt.

18 Patienten haben im Verlauf ihrer Psoriasis eine Gewichtszunahme erlebt.

2 Patienten waren sich nicht im klaren, inwieweit dieses Faktum eine Veränderung ihrer Psoriasis bewirkt hat.

2 Patienten führen eine Provokation ihrer Psoriasis auf die Gewichtszunahme zurück. Die verbleibenden

14 Patienten fühlen sich jedoch dadurch in ihrem psoriatischen Krankheitsverlauf unbeeinflusst.

Zusammenfassung:

Zahl der befragten Patienten:	100
Zahl der effektiven Antworten:	18
kein Einfluß:	78% (= 14 Patienten)
verschlechternder Einfluß:	11% (= 2 Patienten)
bessernder Einfluß:	0%
fraglicher Einfluß:	11% (= 2 Patienten)

3.5.18. Alkohol:

49 der 100 befragten Patienten glauben, daß ihr Alkoholkonsum sich in keiner Weise auf ihre Psoriasis auswirkt,

1 Patient ist darüber nicht ganz im klaren.

7 Patienten halten eine Provokation ihrer Psoriasis für möglich bzw. sicher.

In einem Fall wird als unangenehme Begleiterscheinung nach Alkoholgenuß Kribbeln der Haut angegeben. Eine Patientin schildert völlig glaubhaft folgendes Ereignis nach jeglichem Alkoholgenuß bei ihr: Um die bestehenden psoriatischen Herde bildet sich angeblich ein rötlicher Randsaum, die Schuppen bekommen einen eigentümlichen weißlichen Glanz und ein Gefühl des Brennens wie bei Sonnenbrand tritt auf. Das ist bei ihr schon nach 2 Gläsern Wein zu beobachten.

Zusammenfassung:

Zahl der befragten Personen:	100
Zahl der effektiven Antworten:	57
kein Einfluß:	86% (= 49 Patienten)
verschlechternder Einfluß:	12% (= 7 Patienten)
bessernder Einfluß:	0%
fraglicher Einfluß:	2% (= 1 Patient)

3.5.19. Seelische Belastung:

Von den 100 befragten Patienten berichten

38 von einer deutlichen Verschlechterung ihrer Psoriasis in Zeiten seelischer Belastung. Es kommt zu Provokationen der bestehenden Psoriasis oder zu neuen Schüben. Auch wird im Zusammenhang damit beobachtet, daß - wenn bis dahin eine geringfügige Ausbreitung der psoriatischen Herde bestand - diese plötzlich über den ganzen Körper verteilt auftritt.

5 Patienten haben in solch kritischen Zeiten ihres Lebens angeblich keine Veränderung ihrer Psoriasis beobachtet, 4 Patienten wollen in Verbindung mit dem psychischen Stress eine Besserung ihrer Psoriasis empfunden haben.

53 Patienten waren angeblich keiner seelischen Belastung bis zum Tag der Befragung ausgesetzt.

Zusammenfassung:

Zahl der befragten Patienten:	100
Zahl der effektiven Antworten:	47
kein Einfluß:	10,5% (= 4 Patienten)
· · · verschlechternder Einfluß:	81 % (=38 Patienten)
bessernder Einfluß:	8,5% (= 5 Patienten)
fraglicher Einfluß:	0 %

In Abb. 4a und 4b sind alle Ergebnisse zur Beeinflussung der Psoriasis durch endogene Faktoren noch einmal zusammengefaßt dargestellt.

4. DISKUSSION

4.1. Vererbung

Die Tatsache, daß mehr oder minder häufig Psoriasis in einer Familiengruppe auftritt, hat die Dermatologen seit jeher beschäftigt.

Eine der frühesten Bemerkungen dazu stammt von Willan (1801), der einen genetischen Faktor für das Entstehen der Psoriasis mitverantwortlich macht.

Im Laufe der Zeit bis heute hat man die Ergründung dieser Vermutung von verschiedensten Seiten angepackt. Rein statistische Erhebungen, die die prozentuale Verteilung von Psoriatikern in Familien von Psoriasiskranken untersuchten, zeigten sehr unterschiedliche Ergebnisse. Die Schwankungen beliefen sich zwischen 7 % und 90 % familiärer Beteiligung. Unter anderen sind bei Nielsen (1892), Steinke (1935), Lerner (1940), Church (1958), Dubois (1958), Hoede (1927, 1931, 1957) und Lomholt (1963) Veröffentlichungen dazu einzusehen.

Hinzu reihen sich noch die Untersuchungen dieser Arbeit, nach denen 30 % der Patienten der Münchner dermatologischen Universitätsklinik angeben, daß in ihren Familien Psoriatiker vorkommen.

Eine Fragebogenstudie, die im gleichen Zeitraum an der Münchner Universitätsklinik durchgeführt wurde, findet ihren Niederschlag in einer Veröffentlichung in der Münchner Medizinischen Wochenschrift 1972 mit dem Titel: Psoriasis - Eine Fragebogenstudie bei 536 Patienten, und ergibt zu diesem Punkt nach Geschlechtern getrennt bei

den Frauen eine 30%ige und bei den Männern eine 35%ige familiäre Belastung, was sich in etwa mit dem Ergebnis dieser Arbeit deckt.

Den Vererbungsmodus klären sollten Untersuchungen an ein- und zweieiigen Zwillingen (bei Harö 1955, Lomholt 1963 und Berger, Bickhardt, Born, Hundeiker 1969 ist umfassendes Material darüber zu finden), anhand von Nachkommen psoriatischer Eltern (nach Romanus 1945 und Lomholt 1963), Verwandtenehen (u.a. Lomholt 1963), Geschwister (u.a. Lomholt 1963) und anhand von Stammbäumen von Psoriatikerfamilien (Marcuse 1911, Spindler 1934, Grayson und Shair 1959, Ward und Stephens 1961 und viele andere).

Hoede (1931), Romanus (1945) und Steinberg, Becker, Fitzpatrick und Kierland (1951) versuchten ein Fix-Schema für den Erbgang anhand ihrer Patienten zu eruieren. Die Ergebnisse sind verschieden ausgefallen: dominanter Erbgang mit fehlender Manifestation (Hoede und Romanus), doppelt-recessiver Erbgang zweier unverbundener Gene (Steinberg und Mitarb.). Lomholt (1963) nähert sich bereits der heutigen Auffassung und meint, daß es sich wohl nicht um ein Gen allein handeln könnte, er glaubt, daß dabei mehrere Gene oder Genveränderungen im Spiele sind.

So ist man heute der Meinung, daß die Psoriasis eine erbliche Dispositionskrankheit mit einem multifaktoriellen genetischen System (E. Keining, O. Braun-Falco 1969; H. Berger, R. Bickhardt, W. Born, M. Hundeiker 1969) ist. Die Hypothese geht dahin daß Veränderungen der Genstruktur bzw. der Tertiärstruktur verschiedener Gene je nach Schwere der Veränderung einen stabilen veränderten Zustand = manifeste Psoriasis oder einen labilen veränderten Zustand

= latente Psoriasis bedingt. Diese latente Form der Psoriasis kann dann durch entsprechende Umwelteinflüsse in die manifeste Form übergehen, oder zeit-
lebens latent bleiben, wenn entsprechende Umweltfaktoren nicht zum Tragen kommen. Heute räumt man also dem Faktor Umwelteinflüsse entscheidende Bedeutung in bezug auf die Entstehung bzw. besser Manifestwerdung der Psoriasis ein.

4.2. Verteilung der Geschlechter

Die in unserem Patientengut willkürlich vorgenommene Auswahl der Psoriatiker läßt keinen Schluß auf die allgemeine prozentuale Verteilung der Psoriasis bei den beiden Geschlechtern zu. In der Literatur finden sich viele Untersuchungen mit dem Ergebnis, daß die Verteilung nahezu gleich auf Männer und Frauen erfolgt, eventuell etwas höher bei Männern (Romanus 1945, Steinberg, Fitzpatrick und Kierland 1951, Dorn 1957, Braun-Falco 1966). Eine Ausnahme machen Untersuchungen aus England. Schon Willan (1801) gibt ein - wenn auch geringes - Vorherrschen der Frauen unter den Psoriatikern dort an und jüngere Untersuchungen von Ingram (1954) und Church (1958) bestätigen dieses. Die neueste Untersuchung von Braun-Falco (1972) zeigt eine nahezu gleiche Verteilung der Psoriasis auf beide Geschlechter.

4.3. Alter zu Beginn der Psoriasis

Die Ergebnisse zu diesem Punkt sind wohl immer fraglich, weil sie ausschließlich auf dem subjektiven Empfinden der Patienten und ihrem Erinnerungsvermögen fußen. Bei einem Durchblick der Literatur hierzu zeigt sich allgemein, daß bei Frauen die Psoriasis häufig früher auftritt als bei Männern (Steinke 1935, Romanus 1945, Steinberg 1951, Ingram 1954, Hoede 1957, Lomholt 1963, Braun-Falco 1966 u.a.). Farber und Mitarb. (1968) stellten fest, daß etwa bis zum 20. Lebensjahr die Erstmanifestation bei Frauen häufiger ist, zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr gleicht sich die Verteilung der Geschlechter aus. Dies deckt sich mit den Untersuchungen von Nielsen (1892), der in den jugendlichen Jahren bis zum 15. Lebensjahr in 60,5 % eine Erstmanifestation bei Frauen beobachtete. Darüber hinaus stellt er ganz allgemein fest, daß 44 % seiner Patienten vor dem 15. Lebensjahr und nur noch 2,7 % nach dem 50. Lebensjahr Psoriasis bekamen. Steinberg und Mitarb. (1951) errechneten das Durchschnittsalter zu Beginn der Psoriasis für Frauen auf 28 und für Männer auf 32 Jahre. Die Ergebnisse von Braun-Falco und Mitarb. (1972) fügen sich in dieses Bild. Es zeigt sich auch hier, daß die Erstmanifestation zwischen dem 10. und 29. Lebensjahr und bei den weiblichen Patienten speziell gehäuft zwischen dem 10. und 19. Lebensjahr auftritt.

Die eigenen Untersuchungsergebnisse reihen sich in dieses Bild ein: Die Altersverteilungskurve bei Beginn der Psoriasis gipfelt bei den Frauen zwischen dem 10. und 20. Lebensjahr und bei den Männern zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr (s. Abb. 1 und 2).

4.4. Lokalisation der Psoriasis

Aus verschiedensten Literaturstellen vergangener Jahre geht hervor, daß als sogenannte Prädispositionsstellen übereinstimmend an erster Stelle die Ellbogen stehen, gefolgt von Knien und dem behaarten Kopf. Lomholt (1963) hat dies bei seinen Untersuchungen auf den Faroer-Inseln festgestellt; ebenso berichten u.a. die Autoren Hahnemann (1932), Hanse (1926), Kerkeler (1912), Müller (1933), Nielsen (1892) und Keining, Braun-Falco (1969). Über ähnliche Ergebnisse. Diese Erfahrungen bewahrheiteten sich auch bei meinen Untersuchungen - wie im Stationsbericht erwähnt. Diese Prädispositionsstellen bleiben in sehr vielen Fällen im Verlauf der Psoriasis konstant befallen.

Die nahezu parallel gelaufenen Untersuchungen von Braun-Falco und Mitarb. (1972) ergaben, daß bei der Erstmanifestation in 43 % der Fälle und somit am häufigsten die Ellbogen befallen sind, im weiteren dann in 37 % der behaarte Kopf, in 34 % der Stamm und in 37 % die untere Extremität; am wenigsten mit 10 % war das Gesicht befallen. Zum Zeitpunkt der Untersuchung war am häufigsten der Kopf befallen, gefolgt von der unteren Extremität, Ellbogen, Stamm, obere Extremität und Knien; das Gesicht war für die Patienten erfreulicherweise am seltensten befallen. Als Besonderheit zeichnet sich ein stärkerer Befall der Knie und des Gesichts bei den Frauen im Gegensatz zu den Männern aus.

4.5. Verlauf der Psoriasis

Im allgemeinen ist die Prognose der Psoriasis, was die Letalität betrifft gut, jedoch was die Heilung betrifft recht schlecht.

Zu letzterem ist zu sagen, daß es sowohl Spontanheilungen auf Dauer oder Zeit gibt, als auch Therapieerfolge auf Dauer oder Zeit. Den Heilungsverlauf beeinträchtigt aber leider nicht zuletzt die oft schlechte seelische Verfassung der Psoriatiker (Rasch 1905, Ingram 1954), gerade wenn die Psoriasis recht stark und speziell an den sichtbaren Stellen auftritt. Verschiedene Autoren versuchten den Krankheitsverlauf der Psoriasis zu analysieren, um das Geschehen besser zu erfassen. Einmal fragten sie nach psoriasisfreien Intervallen (Nielsen 1892, Hippler 1932, Weinsheimer 1937, Dorn 1957, Church 1958). Grob zusammengefaßt kann man sagen, daß nur wenige sehr lange, über Jahre dauernde freie Intervalle angaben.

Romanus (1945) fand zu diesem Punkt bei 768 befragten Personen drei verschiedene Gruppen:

- | | |
|---------------------------------|---------|
| 1. frei von Symptomen | 12,5 % |
| 2. ab und zu frei von Symptomen | 16,4 % |
| 3. Fortdauer der Symptome | 71,1 %. |

Es wurde dabei kein Unterschied zwischen den verschiedenen Psoriasisformen gemacht.

Weiterhin wurde versucht, den Verlauf der Psoriasis in Abhängigkeit zum Alter der Erstmanifestation zu bringen. Church (1958) und Lomholt (1963) sind der Meinung, daß, je früher die Psoriasis beginnt, umso schwerer ihr Verlauf wird. Romanus (1945) und Church (1958) glauben auch dazu noch, daß sich eine

familiäre Belastung negativ auf den Krankheitsbefall auswirkt. So betrug bei Church etwa der familiäre Befall bei seinen schweren Fällen 41,5 %, während er bei der gesamten Untersuchungsreihe nur 21 % betrug. Lomholt (1963) stellte noch fest, daß eine schwer verlaufende Erstmanifestation einen schweren Verlauf nach sich zieht. Dies ist aber recht unsicher.

Die eigenen Ergebnisse zeigen, daß 59 % aller Patienten seit ihrer Erstmanifestation nicht mehr symptomlos wurden, der Rest berichtet über verschieden lange freie Intervalle zwischen 14 Tagen und 30 Jahren. In den überwiegenden Fällen bilden sich aus anfänglich "milden" Formen der Psoriasis im Laufe der Zeit schwere aus.

Die Korrelation: Erstmanifestationsalter - Verlauf - familiäre Belastung deckt sich anscheinend mit den Ergebnissen von Lomholt (1963), Romanus (1945) und Church (1958). Insgesamt gesehen, scheint die familiäre Belastung einerseits und das Alter zu Beginn der Psoriasis andererseits einen Einfluß auf den Verlauf der Psoriasis der Patienten zu haben. So zeigt sich, daß bei Patienten, in deren Familien Psoriatiker (meist mehrere) zu finden sind, der Krankheitsbeginn früher liegt und der Krankheitsverlauf schwerer ist als bei Patienten mit geringer oder keiner familiären Beteiligung.

Ebenso läßt sich daraus der Schluß ziehen, daß Patienten, je später ihre Psoriasis beginnt, einen umso günstigeren Verlauf erwarten dürfen - wenn auch eine Verschlechterung gegenüber dem Anfangsbefund meistens gegeben ist - und ihre Familie weniger oder gar nicht von Psoriasis belastet ist.

Eventuell ist eine Psoriasis, die im hohen Alter erstmals auftritt, immer schwer, was ihren Verlauf betrifft, wobei familiäre Beteiligung nicht gegeben sein muß (siehe Tab. 1 und 2).

4.6. Verletzungen

Farber (1968) und Mitarb. werteten die Antworten von 1000 Patienten auf die Frage nach dem Einfluß von Verletzungen der Haut auf den Krankheitsverlauf der Psoriasis aus.

14 % gaben an, daß ihre Psoriasis auf der Seite einer Hautverletzung begann und 8 %, daß Psoriasis immer wieder an Verletzungsstellen neu auftritt. Sie halten das für einen zweifellos niedrigen Prozentsatz, denn wenn man die chronische Irritation spezifischer Hautregionen bedenkt, könnte die Zahl wesentlich höher sein.

Dagegen liegen die Ergebnisse der jüngsten Arbeit von O. Braun-Falco und Mitarb. (1972) wesentlich höher, was die Provokation der Psoriasis durch eine Verletzung betrifft: dieses Faktum kam in 76 % der Fälle zum Tragen, und wird auf die Tatsache des isomorphen Reizeffektes zurückgeführt.

Meine Untersuchungsergebnisse belaufen sich bei diesem Faktor für die provokatorische Wirkung auf 45 % von 75 Patienten. Im einzelnen zeigt sich bei 32 Patienten dieser Befund bei einer bereits bestehenden Psoriasis, bei 2 Patienten ist die Verletzung Ursache der Erstmanifestation. Nur 1 Patient (2 %) sah in diesem Zusammenhang eine Besserung seiner Psoriasis. 53 % beobachteten keinerlei Einfluß ihrer Psoriasis durch irgendwelche Verletzungen (siehe auch Abb. 3).

4.7. Beruf und Psoriasis

Einige Autoren vermuten einen Zusammenhang zwischen Psoriasis und dem Beruf der einzelnen Menschen.

So haben Auken (1948) und Hellgren (1967) einige Berufe herausgestellt, die einen vergleichsweise hohen Anteil an Psoriasis haben. Bei Auken sind es hauptsächlich Menschen, die viel Fett zu sich nehmen, wie Landarbeiter, Metzger und Lebensmittelhändler; bei Hellgren Berufe, die mit Tieren und Haaren zu tun haben, wie Landarbeiter, Tierhalter, auch Arbeiter, die mit Tierprodukten umgehen, wie Schuster und andere lederverarbeitenden Berufe sowie Metzger und Friseure durch ihren Kontakt mit Haaren.

Ornby und Montgomery (1954) glauben, daß im Sinne des isomorphen Reizeffektes manche Berufe die Psoriasis komplizieren könnten. Dieser Ansicht sind auch Born (1955), Carrier (1959) u.a.

Lomholt (1963) hat bei seinen Untersuchungen auf den Faroer-Inseln auch diesen Punkt geprüft, ist aber zu dem Ergebnis gekommen, daß die verschiedenen Berufsgruppen ziemlich gleichmäßig auf die Psoriatiker verteilt sind. Zur selben Überzeugung führten auch die Ergebnisse der Antworten der 100 Münchner Patienten (siehe auch Abb. 3).

4.8. Sonneneinwirkung

Die Untersuchungen von Farber und Mitarb. (1968) zeigen recht deutlich, daß im allgemeinen die Sonnenbestrahlung für Psoriatiker von großem Nutzen ist.

Von 1350 Psoriatikern antworteten 78 % auf die Frage, welchen Einfluß Sonneneinwirkung auf ihre Psoriasis hat, daß dieser positiv sei, 22 % das Gegenteil.

Von den 1250 Psoriatikern, die beantworteten, ob Sonneneinstrahlung ihre Psoriasis verschlechtert, antworteten 15 % mit ja, während 85 % angaben, daß dies nicht der Fall ist.

Die weiterhin gestellte Frage nach dem Einfluß des warmen bzw. kalten Wetters fiel dementsprechend zu Gunsten des warmen Wetters aus. 77 % von 1000 Patienten sagten, daß warmes Wetter ihre Psoriasis bessert, 23 % glaubten, daß dadurch eine Verschlechterung eintritt.

Dagegen antworteten 12 % der 1000 Befragten, daß bei kaltem Wetter eine Besserung der Psoriasis eintritt und 88 %, daß dieser Umstand ihre Psoriasis verschlechtert.

Lomholt (1963) hatte auf den Faroer-Inseln wenig Möglichkeiten, diesen Faktor zu prüfen, da das Wetter dort meist regnerisch und trüb ist. Doch die wenigen Psoriatiker, die er traf, die aufgrund von Festlandsaufenthalten mit diesem Faktum konfrontiert wurden, äußerten sich recht positiv. 80 % von diesen Psoriatikern stellten fest, daß die Sonne einen positiven Einfluß auf ihren Krankheitsverlauf nahm.

Die Ergebnisse von Braun-Falco und Mitarb. (1972) zeigen einen die Psoriasis verbessernden Einfluß durch Sonneneinwirkung in 51 % und in nur 14 % eine entgegengesetzte Wirkung.

Die Untersuchungen hierzu im Rahmen der vorliegenden Arbeit zeigen, daß bei fast zwei Drittel der Patienten die Sonne gute Dienste leistet. Bei 26 % ist eine Provokation berichtet worden und 10 % der befragten Patienten sehen keinerlei Einfluß der Sonneneinstrahlung auf die Psoriasis (siehe Abb. 3).

4.9. Einfluß des Klimas

Van Kerkhoff (1930) hat Psoriasis als eine Licht-hunger-Krankheit bezeichnet.

Der Eindruck, den man allgemein aus der Literatur gewinnt, ist, daß Psoriasis in wärmeren Klimazonen nicht so häufig auftritt wie in kälteren. In den Tropen und Subtropen kann man das Vorkommen der Schuppenflechte als selten bezeichnen (Braun-Falco 1970). Church (1958) empfiehlt nach seinen Beobachtungen bei verzweifelten Fällen sogar ein Auswandern dorthin.

Dagegen warnt Simons (1949) vor so einem Schritt. Er ist der Meinung, daß die Krankheit rezidiert, sobald der Patient wieder in die Heimat zurückkehrt. Er lebte als Dermatologe längere Zeit in Holländisch Ostindien und berichtet, daß zwar ein niedrigerer, aber nicht ausgesprochen deutlicher Prozentsatz an Psoriasis bei der weißen Bevölkerung in dieser Klimazone zu finden ist.

Über eine Besserung der Psoriasis in den Tropen berichten u.a. auch Barber (1950) und Ingram (1954). Ingram hält das Klima für einen entscheidenden Faktor der Entstehung von Psoriasis. So stehen Lomholts Untersuchungen auf den Färöer-Inseln im Kontrast zu den Untersuchungen in den Tropen. Er hält das nasse

und kalte Klima dort für ursächlich für die stärkere Anfälligkeit der Bevölkerung für Psoriasis. Von einigen Patienten, die zeitweise die Insel verließen und sich in der Hauptsache in Dänemark aufhielten, hörte er nur von Besserungen der Schuppenflechte während dieser Zeit.

Eine Besserung der Psoriasis bei heißem Wetter in 28 % und eine Verschlechterung der Psoriasis in 15 % geben die von Braun-Falco und Mitarb. (1972) befragten 536 Patienten an.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zeigen, daß das freundliche und warme Klima südlicher Länder in 42 % aller Fälle auf die Psoriasis positiv einwirkt (siehe Abb. 3).

4.10. Einfluß der Jahreszeiten auf die Psoriasis

Bei Willan (1801) ist folgende Behauptung zu finden: "The disease is apt to recur in winter or spring". Ob nun wirklich ein Einfluß der Jahreszeiten auf das psoriatische Krankheitsbild besteht oder nicht, ist unbestimmt.

Die Meinungen in der Literatur darüber sind in zwei Lager geteilt: Autoren, deren Untersuchungsergebnisse sie an solch einen jahreszeitlichen Einfluß glauben lassen und solche, die keinerlei Angaben von ihren Patienten erhielten, die eine solche Annahme unterstützen würden. Zu den Autoren, die nicht an jahreszeitliche Einflüsse auf die Psoriasis ihrer Patienten glauben, gehören z.B. Hilbing (1905), Bettmann (1920), Haxthausen (1924), Riecke (1931) und

Hahnemann (1932). Ebenso liegen die Ergebnisse der Untersuchungen von Nielsen (1892) und Hoede (1927) für den Zeitpunkt der Erstmanifestation. Dieselben Autoren fragen auch direkt, ob die Patienten zu bestimmten Jahreszeiten eine Veränderung ihres Krankheitsbildes erkennen konnten, ob positiver oder negativer Art. Aber die Angaben hierzu ließen sie an ein rein zufälliges Vorkommen eines solchen Falles glauben, da die meisten Patienten so ein Geschehen verneinten.

Dagegen stehen die Ergebnisse von anderen Autoren wie Lane und Crawford (1937), Steinke (1935), Cuno (1938) u.a., die einen Einfluß der Jahreszeiten auf die Psoriasis durchaus bejahen. Die überwiegende Mehrheit der Patienten empfand den Sommer als sehr günstig für ihre Psoriasis, wenn auch einzelne entgegengesetzte Meinungen darüber angegeben werden, wie bei Lane und Crawford (1937) mit 14,3 %.

Dagegen häufen sich die Aussagen, daß das Frühjahr im allgemeinen als provokatorisch für das psoriatische Krankheitsbild empfunden wird (u.a. Steinke 1935, Cuno 1938).

Lomholts Zahlen (1963) von seinen Untersuchungen auf den Faroer-Inseln entsprechen dem gerade Geäußerten: etwa 50 % seiner Psoriatiker stellten einen Einfluß der Jahreszeiten fest, wobei wieder der Sommer als die beste und das Frühjahr als die schlechteste Jahreszeit für Psoriasis angegeben war. Gerade auf den Faroer-Inseln ist dieses Ergebnis für den Sommer bemerkenswert, da dort auch um diese Zeit nicht mit strahlendem Sommerwetter zu rechnen ist. Anscheinend spielen noch andere Faktoren außer Sonne und Wärme eine Rolle.

Die eigenen Untersuchungen zeigten, daß die Mehrzahl der Patienten (72 %) einen Einfluß der Jahreszeiten auf den Verlauf ihrer Psoriasis bemerkt haben. Frühling, Herbst und Winter wurde eine provokatorische Wirkung zugeschrieben, während der Sommer auch hier einen guten Einfluß auf die Schuppenflechte ausüben soll (siehe Abb. 3).

4.11. Angina tonsillaris

Eine der ersten Bemerkungen über einen Zusammenhang zwischen Angina tonsillaris und Psoriasis stammt wiederum von Willan (1801). Er beschrieb das Vorkommen von psoriatischen Ausbrüchen in Verbindung mit Entzündungen der oberen Luftwege. Bei Nielsen (1892), Lane und Crawford (1937), Dorn (1957), Farber u. Mitarb. (1968) und Braun-Falco (1970) finden sich Anmerkungen zu diesem Punkt, die den Faktor "Angina tonsillaris" durchaus provokativ erscheinen lassen. Während Nielsen (1892) nur einen derartigen Fall beschrieb, liest man bei Lane und Crawford (1950) von 24 % von 231 Psoriatikern und bei Dorn (1957) von 27 % von 312 Psoriatikern, auf die oben Gesagtes zutrifft. Norrlind (1950), Norhølm Pedersen (1952), Sonck und Widholm (1954), Huriez, Desmons und Baelden (1958) und Barber (1951) gingen diesem Problem ebenfalls nach und fanden ähnliche Ergebnisse.

Dahingegen sehr hoch liegt das Ergebnis von Braun-Falco u. Mitarb. (1972), die bei 536 Patienten in 73 % eine Verschlechterung der Psoriasis im Rahmen einer Halsentzündung fanden.

Barber (1952) gab für die Latenzzeit zwischen manifester Infektion und dem Ausbruch der Psoriasis ähnlich wie Norhølm Pedersen (1952) 10 bis 21 Tage an. Er weist auch darauf hin, daß oft in der Kindheit der Beginn der Psoriasis von Halsinfektionen durch Streptokokken hervorgerufen wird. Dieselbe Beobachtung ist auch bei Braun-Falco (1970) nachzulesen.

Die Ergebnisse der eigenen Untersuchung an der Münchener dermatologischen Universitätsklinik deuten auch darauf hin, daß Angina tonsillaris in den Verlauf der Psoriasis eingreift. In 3 Fällen von 32 Patienten, die eine Angina tonsillaris im Verlauf ihrer Psoriasis angeben, wurde dadurch die Erstmanifestation ausgelöst, in 6 weiteren Fällen das Rezidiv. Prozentual ausgedrückt, ergibt das bei den 32 Patienten einen provozierenden Einfluß auf die Psoriasis in 28,1 % der Fälle (siehe Abb. 4a).

4.12. Grippe

Schon 1890 berichtete Schwimmer über Psoriasis-eruptionen nach Influenza. Unter anderen Autoren berichten auch Steinke (1935) und Braun-Falco (1970) von solchen Vorkommnissen. Auch aus unseren Ergebnissen läßt sich schließen, daß Psoriasisausbrüche in Verbindung mit Grippe vorkommen, nämlich in 30 % der Fälle. Dagegen können 62 % der Patienten keine Auswirkung ihrer Grippe auf die Psoriasis feststellen (siehe Abb. 4a).

4.13. Zahnerkrankungen

In der Literatur finden sich einige Stellen, die irgendwelche Zahnerkrankungen für einen Psoriasisausbruch - ob Rezidiv oder Erstmanifestation sei dahingestellt - verantwortlich machen. Gundersen (1930) hat über 8 Psoriatiker berichtet, die 4 bis 6 Wochen nach der Aufdeckung infektiöser Zahnfoci spontan Rezidive erlebten. Diese Foci waren Zahngranulome, Alveolarabszesse und gangränöse Wurzeln. In 6 Fällen wurden Streptokokken aus den Foci isoliert.

Aaser hat 1935 auch einen Fall erwähnt, bei dem eine parodontale Infektion eine schwere Psoriasis provoziert hat. Barber (1950) betonte die Rolle von Fokalinfectionen bei der Entwicklung speziell von Psoriasis pustulosa und Psoriasis arthropathica des rheumatoiden Typs. Er beschrieb einen Fall, in welchem ein Zahnfocus zweifellos der Grund war, der einen schweren Fall von Psoriasis, begleitet von multiplen psoriatischen Arthritiden des rheumatischen Typs bedingte. Lomholt (1963) ist bei seiner Untersuchung auf den Faroer-Inseln auch Zahnerkrankungen nachgegangen. 151 Patienten wurden von ihm untersucht. Obwohl der Zahnbestand schlecht war, schien aber keine Wechselbeziehung Psoriasis-Zahnerkrankung feststellbar. Verglichen mit der gesamten Bevölkerung konnte er keinen erheblichen Unterschied zwischen den Gebißzuständen seiner psoriatischen Patienten und denen der normalen Bevölkerung feststellen.

Die eigenen Untersuchungen, die in 3 Fällen (17 %) eine deutlich gewordene Provokation der Psoriasis durch Zahnfoci ergaben, zeigen ebenso keine auffallende Beeinflussung des Krankheitsverlaufs der

Psoriasis durch Affektionen des Zahn-, Mund-, Kieferbereichs (siehe Abb. 4a).

4.14. Andere fieberhafte Erkrankungen

Andere fieberhafte Erkrankungen können auch den Krankheitsverlauf der Psoriasis beeinflussen (Braun-Falco 1970). So berichten u.a. Steinke (1935), Thalacker (1913) und Lomholt (1963) - im Gegensatz zu den Ergebnissen dieser Untersuchung - von Patienten mit Psoriasis, bei denen sich im Verlauf einer Pneumonie die Schuppenflechte besserte oder sogar völlig verschwand.

Andere Autoren weisen darauf hin, daß beim Abheilen von Windpocken in den Narben Psoriasisherde entstehen, meist die ersten überhaupt. Steinke (1935) hat dies in 5 Fällen beobachtet und die folgenden Autoren je in einem Fall: Harö (1955) und Vaag (1962).

Lomholts (1963) Untersuchungen ergaben für einen Zusammenhang von Windpocken und Psoriasis keine erhärtenden Ergebnisse. Von 22 Patienten, die Windpocken hatten, wird nur einmal eine provozierende Wirkung dadurch für die Psoriasis dieses Patienten erwähnt.

Neben einigen weiteren einzeln beschriebenen Fällen fragte Lomholt schließlich noch ganz allgemein nach den Auswirkungen von fieberhaften Erkrankungen auf die Psoriasis. In 99 Fällen ergab sich keine Wechselwirkung, 11 Patienten empfanden eine Provokation und 6 Patienten eine Abschwächung ihrer Psoriasis dadurch.

Die eigenen Ergebnisse zeigen, daß die Psoriasis dieser Patienten in 30 % eine Provokation erlitt, in 3 % eine Besserung eintrat, aber die Mehrheit keinerlei Beeinflussung der Psoriasis durch fieberhafte Erkrankungen erfuhr (siehe Abb. 4a).

4.15. Operationen

Vereinzelte Fälle über Auswirkungen von Operationen auf die Psoriasis finden sich in der Literatur.

Steinke (1935) berichtet in 13 Fällen von einer Verschlechterung der Psoriasis im Anschluß an eine Operation. In verschiedenen dieser Fälle aber scheinen die Herde nur um die Operationsnarbe herum aufgetreten zu sein, was evtl. als Köbner'sches Phänomen zu deuten ist.

Bei Cuno (1938) und Lomholt (1963) sind zusammen 3 Fälle nachzulesen, in denen sich eine Apperdekтомie positiv auf die Psoriasis der betreffenden Patienten ausgewirkt hat.

Eine Zusammenfassung aller unserer Operationen betreffenden Ergebnisse zeigt bei einer Gesamtzahl von 68 Patienten in 59 Fällen keinerlei Beeinflussung, in 6 Fällen (8,8 %) eine verschlechternde und in 3 Fällen (4,4 %) eine bessernde Wirkung von Operationen auf den Verlauf der Psoriasis.

4.16. Gelenkkrankheiten

1868 stellte Bazin eine Theorie auf, nach der er die Psoriasis in zwei Formen aufteilte: "Psoriasis herpetique und Psoriasis arthritique". Seither sind die Meinungen in der Literatur in zwei Lager getrennt. Ein Teil der Autoren verfißt die Ansicht, Psoriasis arthropatica sei eine selbständige Krankheit, der andere Teil trennt Psoriasis und Gelenkkrankheiten völlig. Einen Kompromiß wollten Baer und Witten (1962) durch die von ihnen empfohlene Bezeichnung "Psoriasis mit rheumatischer Arthritis" schließen.

Anhänger der Theorie, nach der Psoriasis und Gelenkkrankheiten eine Krankheit sui generis darstellt, sind u.a. Bourdillon (1888), Dawson (1938) und Graham (1953).

Bourdillon (1888) vertrat als erster die Ansicht, daß die Art der Gelenkdeformation in diesem Falle anders ist als bei der rheumatoiden Arthritis. Dies unterstützen auch neuere Untersuchungen von Baker, Golding und Thompson (1963), Bollet und Turner (1958), Reed (1961), Reed und Becker (1960), Reed, Heiskell und Becker (1961), Wright (1959). Bollet und Turner (1958) und Reed (1961) geben sogar in 9 detaillierten Punkten die Unterschiede zwischen Psoriasis arthropatica und peripherer rheumatoider Arthritis an, die hier einzeln aufgeführt zu weit führen würden. Serologische Tests wie Waaler Rose-Test und Latex-Test sollten diese Theorie unterstützen (Wright 1959, McEwen 1958 u.a.).

Im anderen Lager - nämlich der Autoren, die zwischen Psoriasis und Arthritis keinen Zusammenhang sehen - befinden sich u.a. Romanus (1945), Church (1958) und Falk (1921). Die ersten beiden suchten Zahlenvergleiche zwischen Arthritisfällen in der Bevölkerung und bei Psoriatikern der gleichen Altersstufen. Dies ergab etwas niedrigere Werte von Arthritisfällen bei Psoriatikern. Neuere Untersuchungen von Lomholt (1963) und Farber und Mitarb. (1968) lassen nach Meinung dieser Autoren keine effektive Aussage zu.

Im ersten Fall handelt es sich um eine zu kleine Untersuchungsreihe (253 Psoriatiker, davon 16 % mit Gelenkbeschwerden), im zweiten Fall wurde eine Fragebogenaktion ausgewertet, bei der die Psoriatiker ohne ärztliche Hilfe diese Fragebögen ausfüllten und wohl nicht immer in der Lage waren, Arthritis von allen möglichen Formen der Gelenkschmerzen zu unterscheiden. (Ein Viertel der befragten Psoriatiker, nämlich 552, haben nach eigenen Angaben Arthritis. 16 % davon glauben an eine Wechselwirkung Psoriasis - Gelenkbeschwerden im Sinne einer gleichzeitigen Verschlechterung.)

Farber und Mitarb. (1968) äußerten in ihrer Zusammenfassung die Meinung, daß Arthritis die einzige sichere "extracutane Manifestation" von Psoriasis sei.

Die eigenen Untersuchungen an der Münchner dermatologischen Universitätsklinik zu diesem Problem zeigten, daß von 100 befragten Psoriasiskranken 18 über Gelenkbeschwerden klagten. 11 % dieser 18 Patienten berichten von einem sich gegenseitig

verschlechternden Einfluß beider Krankheiten. Dieses Ergebnis läßt keinerlei Schluß zu, sich eindeutig für eine der bestehenden gegensätzlichen Meinungen zu entscheiden (siehe Abb. 4a).

4.17. Gynäkologische Daten

Menarche:

Im Zusammenhang mit den hormonellen Umstellungen im Laufe des Lebens einer Frau könnten sich auch für die Schuppenflechte Veränderungen in verschiedener Hinsicht ergeben. In der Literatur finden sich zu den einzelnen Stationen - Menarche, Partus, Menopause - verschiedentliche Untersuchungen. So äußern einige Autoren, daß sie bei einigen ihrer Patienten den Beginn der Psoriasis mit der Menarche gleichzeitig gesehen haben (Polotebnow 1891, Nielsen 1892 und Hoede 1930). Einige Zahlen aus den Arbeiten von

Lane und Crawford (1937),	nämlich 6 aus 123 Patientinnen
Cuno (1938)	9 aus 110 Patientinnen
Lomholt (1963)	8 aus 143 Patientinnen

zeigen, daß ein Zusammentreffen dieser beiden Fakten wohl möglich ist, aber der geringe Prozentsatz spricht nicht dafür, daß direkt ein ursächlicher Zusammenhang besteht. Church's (1958) Ergebnisse beziehen sich ganz allgemein auf psychische Belastung, die mit Pubertät und Menopause zusammenhängen und er fand unter 404 Patienten sieben, bei denen dieser Umstand jeweils eine Erstmanifestation hervorrief.

Die Untersuchungen der 71 Patientinnen, die in der Münchner dermatologischen Universitätsklinik dazu befragt wurden, ergaben nur in 4 Fällen einen anscheinend ursächlichen Zusammenhang zwischen Menarche und Psoriasis und in 5 weiteren Fällen kann der Zusammenhang als bedingt angesehen werden. Diese Ergebnisse decken sich im weitesten Sinne mit den aus der Literatur herangezogenen Ergebnissen.

Menopause:

Unter den frühesten Angaben über etwaige Veränderungen des Krankheitsbildes nach der Menopause findet sich bei Nielsen (1892), daß bei einigen Patientinnen in diesen Jahren die Psoriasis aufflammte oder überhaupt erst auftrat. Hoede (1930), Weber (1936) und Church (1958) berichteten ähnliches. Lomholt (1963) beobachtete bei 30 % der Frauen mit Psoriasis auf den Faroer-Inseln nach dem Klimakterium wesentliche Veränderungen ihrer Psoriasis von diesem Zeitpunkt an: Jeweils zur Hälfte der Fälle übte dieses Faktum einen bessernden bzw. einen verschlechternden Einfluß aus.

Barber (1950) stellte fest, daß sich die Psoriasis zum Zeitpunkt der Menopause ändern kann und zwar was die Lokalisation und das Krankheitsbild an sich betrifft. Es kann andere Formen annehmen, die an Rosacea, neurodermitis-ähnliche Formen oder Ekzeme denken lassen. In bezug auf die Lokalisation spricht er von sogenannten "menopausal aereas", da sich die Lokalisation auf Genitalbereich und Axillen ausdehnen soll.

Die in der vorliegenden Untersuchung erfaßten Patientinnen, die im Verlauf ihrer Psoriasis eine Menopause erlebten, wollten keinen Zusammenhang mit diesem Faktum und ihrem Krankheitsablauf erfahren haben, eine Erfahrung, die auch Russel (1950) bei 310 Patientinnen machte.

Verhalten der Psoriasis während der Schwangerschaft und nach der Geburt:

Zu diesem Punkt finden sich in der Literatur viele Stellungnahmen. Im großen und ganzen laufen die Untersuchungen darauf hinaus, daß in vielen Fällen während der Schwangerschaft meist eine Besserung der Psoriasis eintritt (z.B. Braun-Falco 1970). In den meisten Fällen rezidiert die Krankheit aber nach der Geburt. Dagegen berichtet Grünberg (1952) auch über einige Fälle, in denen während der Schwangerschaft die Erstmanifestation stattfand. Er untersuchte insgesamt 443 Schwangerschaftsverläufe. Seine Ergebnisse zeigten in der überwiegenden Zahl keinen oder einen bessernden Einfluß der Schwangerschaft auf die Psoriasis, in nur wenigen Fällen ereignete sich eine Verschlechterung der Psoriasis bzw. trat eine Erstmanifestation auf. Er fand das Eintreten der Besserung nicht auf die frühen Monate beschränkt, wie das von Madden (1939), Crawford und Leeper (1950) und Nardelli (1957) für den 3. und 4. Monat angegeben wird, sondern er sagte, daß die Besserung auch noch im letzten Monat eintreten kann. Er glaubt an eine positive Wirkung der von der Plazenta produzierten Sexualhormone in bezug auf den Krankheitsverlauf der Psoriasis.

Über die Häufigkeit der Beeinflussung, ob positiv oder negativ, sind bei Lane und Crawford (1937) einige Zahlen zu lesen. Die beiden Autoren berichten, daß bei gut der Hälfte der Patientinnen nach der Geburt ein Rezidiv auftrat, welchen Einfluß die Schwangerschaft auch immer auf den Verlauf der Psoriasis dieser Patientinnen ausgeübt haben mag.

Lomholts (1963) Ergebnisse seien im einzelnen aufgeführt. Von 286 Schwangerschaften ließen

57,3 % den Krankheitsverlauf der Psoriasis unverändert,

38,3 % riefen eine Besserung hervor und

4,4 % eine Exacerbation.

Nach der Geburt erlitten

28,9 % eine Exacerbation, während nur

7,2 % eine Besserung verspürten.

63,9 % der Patientinnen fühlte durch die Geburt den Krankheitsverlauf ihrer Psoriasis nicht beeinflußt.

Lomholt meint, daß sich diese Krankheit nicht in derselben Weise während verschiedener Schwangerschaften einer Patientin gleich verhalten muß.

Ähnlich wie bei Lomholt (1963) ergab die Untersuchung von Braun-Falco und Mitarb. (1972) eine Besserung der Psoriasis im Verlauf der Schwangerschaft in 40 % von 85 Frauen, die über ein solches Ereignis im Laufe ihrer Psoriasis berichten konnten, in 17 % eine Verschlimmerung und in 40 % eine ungewisse Beeinflussung der Psoriasis.

Die Ergebnisse der eigenen Untersuchungen zeigen, daß weit über die Hälfte der Patientinnen, nämlich

77 %, keinerlei Einfluß dieses Geschehens auf ihre Psoriasis wahrnahmen. 20 % der Patientinnen berichteten über eine Besserung ihres psoriatischen Krankheitsbildes und nur in 3 % der Fälle war die Schwangerschaft ungünstig für den Verlauf der Psoriasis (siehe Abb. 4b).

4.18. Ernährung

Einige Feststellungen und Untersuchungen zu dem Problem Psoriasis - Ernährung seien erwähnt.

So sprechen die Autoren Engelhardt und Cordes (1935), Simons (1949), Grütz und Bürger (1933), Polano (1934) und Auken (1948) einer fettarmen bis fettlosen Ernährung eine positive Wirkung auf die Psoriasis zu. Diese Erfahrung brachten äußere Umstände wie z.B. Hungernöte während eines Krieges oder gezielte Versuche mit fettloser Diät.

Untersuchungen des Stoffwechselgeschehens ließen die Autoren Schamberg, Kolmer, Ringer und Raiziss (1913) eine erhöhte Stickstoffretention bei Psoriatikern entdecken, und Schamberg (1924) eine niedrige Proteindiät anordnen.

Lomholt (1963) berichtete von einigen wenigen Fällen, bei denen allgemein nach Genuß von reichlich Fett - speziell von Walfischspeck - sich die Psoriasis verschlechterte.

Braun-Falco (1970) erwähnt, daß - z.B. infolge von Kriegen - eine kalorienarme Ernährung die Psoriasis bessert oder verhindert.

Bei unseren Untersuchungen zeigte sich, daß 25 % der 100 Patienten selbst besondere Ernährungszusammensetzungen versuchten, um möglicherweise ihre Psoriasis zu bessern. Man kann sagen, daß von diesen 25 Patienten 24 % damit Erfolg hatten. 60 % jedoch konnten keine Wirkung mit einer Diät erzielen. In 16 % der Fälle hat zu scharfe und fettreiche Ernährung die Psoriasis dieser Patienten provoziert. Es findet sich also immer in verschieden starker Auswirkung, daß Fett und scharfe und saure Nahrungsmittel mehr oder weniger ungünstig in den Verlauf der Psoriasis eingreifen. Inwieweit dies als Tatsache für sich gewertet werden darf oder im Zusammenhang mit verschiedensten anderen Einflüssen steht, sei dahingestellt (siehe Abb. 4b).

4.19. Emotionelle Faktoren

Immer wieder führen Stress-Situationen zu meist recht heftigen Ausbrüchen von Psoriasis. Dabei kann es sich sowohl um Erstmanifestationen als um Rezidive bzw. Verschlimmerung des bestehenden Krankheitsbildes handeln.

Schon früh in der Literatur finden sich bei einigen französischen Autoren außergewöhnliche Fälle beschrieben, die infolge einer plötzlichen seelischen Belastung akuten Psoriasisbefall zeigten (Alibert 1825, Heulz 1886, Leloir 1887).

In neueren Untersuchungen von Church (1958) konnte festgestellt werden, daß in 3,7 % von 546 untersuchten Patienten bald nach Schockzuständen Psoriasis herde auftraten, 5,5 % der Patienten waren zum Zeitpunkt des Krankheitsbeginns in einer Sorgenperiode und viele andere Patienten sagten aus, daß emotionale Faktoren den Verlauf ihrer Schuppenflechte beeinflussen würden.

Zudem muß man sich noch die psychischen Belastungen vor Augen halten, die ein Psoriatiker hat, sobald seine Schuppenflechte im sichtbaren Bereich auftritt. Es ist fast als *circulus vitiosus* anzusehen, daß diese Patienten, von der Krankheit stark belastet, depressiv reagieren und dadurch eine weitere Verschlimmerung der Psoriasis oder zumindest ein Fortbestehen des Krankheitsbildes daraus folgt.

In der Arbeit von Braun-Falco u. Mitarb. (1972) geben von 536 Patienten 42 % eine Verschlechterung der Psoriasis, 26 % eine Besserung und 32 % eine ungewisse Beeinflussung ihrer Psoriasis in Zeiten seelischer Belastungen an.

Wittkower (1948) stellte fest, daß ungefähr 60 % untersuchter Psoriatiker mit einiger Sicherheit als emotionell krank bezeichnet werden konnten, ein Prozentsatz, der weit über den Befund in der allgemeinen Bevölkerung hinausgeht. Seiner Meinung nach sind emotionelle Faktoren bei Patienten mit Prädisposition zu Psoriasis als Katalysatoren anzusehen.

Bolgert und Soulé (1955) glauben, daß emotionale Faktoren von äußerster Wichtigkeit sein müssen, da sie in wenigstens 90 % ihrer Fälle eine entscheidende Rolle spielen. Sie glauben sogar, daß Psoriasis auf Psychotherapie ansprechen könnte.

Russel (1950) bemerkte, daß in sehr resistenten Fällen von Psoriasis evtl. Suggestion als therapeutisches Mittel heranzuziehen wäre, glaubt aber, daß diese Behandlung nur zum Erfolg führt, wenn grundlegende Konflikte dadurch beseitigt werden können. Sonst ist diese Behandlung rein symptomatisch anzusehen und die Rezidivquote sehr hoch.

Unsere Untersuchungsergebnisse zeigten, daß von den 100 Patienten knapp die Hälfte, nämlich 47 im Verlauf ihrer psoriatischen Krankheitsgeschichte seelischen Belastungen unterworfen waren. Die überwiegende Mehrheit davon (81%) berichtet im Zusammenhang damit von einer Provokation oder Erstmanifestation der Krankheit. 10,5 % messen diesem Einfluß keine Bedeutung bei und 8,5 % eine Besserung. In diesem Untersuchungspunkt weicht das Ergebnis nicht von der herrschenden Meinung in der Literatur ab (siehe Abb. 4b).

5. ZUSAMMENFASSUNG

100 stationäre Patienten der dermatologischen Universitätsklinik München mit Psoriasis wurden willkürlich ausgewählt. Sie wurden einer genauen klinischen Untersuchung und einer persönlichen ausführlichen Befragung anhand eines detaillierten Fragebogens unterzogen.

Zuerst wurde eine umfassende Anamnese, auf den Krankheitsverlauf der Psoriasis detailliert eingehend, erhoben. Es zeigte sich, daß etwa 30 % der Patienten eine familiäre Vorbelastung aufwiesen.

Eine gleiche, auffällige familiäre Vorbelastung, Gelenkerkrankungen betreffend, war nicht zu erkennen. Die Zahl belief sich in diesem Punkt auf 16 %, was jedoch immerhin auffällig erscheint.

Eine deutliche Beziehung zwischen Beruf und Psoriasis bestand nicht.

Der Verlauf der Psoriasis wurde zu analysieren versucht nach den drei Hauptabschnitten: Erstmanifestation, Verlauf, Rezidiv.

Es zeigte sich, daß der Beginn der Krankheit bei den Frauen früher liegt (Maximum zwischen dem 10. und 20. Lebensjahr) als bei den Männern (Maximum zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr).

Über die Hälfte der Patienten (59 %) waren seit dem Beginn der Psoriasis nicht mehr beschwerdefrei, wogegen 41 % einmalige oder mehrere psoriasisfreie Intervalle angeben konnten, deren Zeitraum sich zwischen 2 Wochen und 30 Jahren belief.

Die anfänglich in den meisten Fällen (83 %) leichte Form der Psoriasis ging im Lauf der Jahre in eine schwerere Form über. In der Hauptsache handelte es sich anfänglich um die exanthematische Form der Psoriasis vulgaris (51 %). Die Lokalisation befand sich vorzugsweise an den sogenannten Prädilektionsstellen Kopf, Ellbogen und Knie.

Als Ursache der Erstmanifestation wurde in der Hauptsache der psychische Stress (24 %) genannt, weiterhin der physische Stress (14 %), Angina tonsillaris und fieberhafte Erkrankungen. Das galt ebenso - wenn auch nicht mit den gleichen Prozentzahlen (als Ursache) - für den weiteren Verlauf bzw. das letzte Rezidiv.

Ein Viertel aller Patienten gab an, daß sich im Verlauf der Psoriasis ihr Krankheitsbild bezüglich der Form veränderte und zwar meist aus der Form der Psoriasis vulgaris exanthematica oder chronica in die Mischform.

Die Befunde der Patienten, die mit ihrem letzten Rezidiv zur Behandlung aufgenommen wurden, waren als schwer zu bezeichnen. Sie gaben in überwiegender Zahl an, daß sich ihr Krankheitsbild im Lauf der Jahre verschlechterte. Mit 75 % war dies eine traurige Bilanz, aber sie verfälscht wohl das allgemeine Bild, da es sich ja ausschließlich um stationär aufgenommene Patienten handelte, die schon von dieser Tatsache herührend, eine schwere Psoriasis aufwiesen.

Die weiteren Fragen beschäftigten sich mit exogenen und endogenen Faktoren, ob und wie sie das Krankheitsbild der Psoriasis möglicherweise beeinflussen könnten. Sie stellten den Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit dar.

Von den exogenen Faktoren erwiesen sich als recht günstig die Faktoren Sonnen- und Wassereinwirkung. So empfanden 64 % der Patienten die Sonneneinwirkung und 70 % die Wassereinwirkung als positiv.

Als Ergänzung hierzu ist es noch interessant, die in 47 % von 30 Fällen positiven Ergebnisse mit Höhensonnenbehandlung anzugeben. Allerdings wollte eine annähernd so starke Gruppe (30 %) damit keinen Heilerfolg, aber auch keine Verschlechterung beobachtet haben.

Von den wenigen Patienten, die im Laufe ihres psoriatischen Krankheitsgeschehens auf therapeutischem Wege mit Röntgenstrahlen zu tun hatten, betonten 77 % dadurch eine lokale Besserung.

Dagegen beobachteten die Patienten nach Verletzungen der Haut in 45 % von 75 Fällen eine Provokation ihrer Psoriasis. Es entstand an der abheilenden Verletzungsstelle ein neuer Psoriasisherd. In recht wenigen Fällen löste dieses Faktum sogar eine generalisierte Verschlechterung aus. 53 % der Patienten erfuhren durch dieses Faktum keinerlei Beeinflussung ihrer Psoriasis.

Zu der Frage nach anderen Hautkrankheiten neben der Psoriasis konnten nur 13 Patienten ihre Erfahrungen darüber darlegen, und davon wiederum nur 2 erlebten dadurch eine Verschlechterung ihrer Psoriasis, die restlichen 11 Patienten hatten keinen Einfluß auf den Verlauf ihrer Psoriasis beobachtet.

Ebenso wenig Patienten (15) gaben ihrem Beruf, d.h. damit verbundenen Faktoren, schuld an der Verschlechterung ihrer Psoriasis.

Den Einfluß der Jahreszeiten betonten 72 % aller Patienten. Sie hielten besonders den Sommer für eine günstige, die Psoriasis bessernde Zeit, während Frühling, Herbst und Winter im allgemeinen mehr als provokatorisch für die Schuppenflechte empfunden wurden.

Bei den endogenen Faktoren wurde zunächst nach Krankheiten gefragt, die schon oft in Zusammenhang mit der Psoriasis gebracht wurden: Angina tonsillaris und Grippe. Daran reihten sich allgemein fieberhafte Erkrankungen, Zahnerkrankungen, Gelenkerkrankungen und sonstige Erkrankungen, die mit und ohne Fieber einhergehen.

Die provokatorische Wirkung belief sich bei diesen Patienten, die mit den Einflüssen einer Angina tonsillaris konfrontiert wurden, auf 28 %. In einzelnen Fällen war diese Krankheit bzw. ein damit zusammenhängender Faktor sogar die auslösende Ursache für den Beginn der Psoriasis. In der Mehrzahl der Fälle (65 %) war allerdings kein Einfluß durch diesen Faktor beobachtet worden.

Ähnlich lagen die Werte bei Untersuchungen über den Einfluß grippaler Infekte. Ungefähr ein Drittel der Patienten berichtete in diesem Zusammenhang von einer Verschlechterung der Psoriasis, während der Rest bis auf wenige Psoriatiker - bei denen die Reaktion auf einen derartigen Infekt fraglich war - keinerlei Beeinflussung ihrer Psoriasis verspürten.

Zahnerkrankungen führten nur in wenigen Fällen (17 %) zu einer Provokation der Psoriasis, während in der Hauptsache - nämlich bei 72 % aller von diesem Umstand betroffenen Psoriatiker - kein Einfluß auf die Psoriasis festzustellen war.

In bezug auf sonstige Erkrankungen, mit und ohne Fieber einhergehend, bewegten sich die Ergebnisse zu diesem Punkt in derselben Ebene wie bei den speziellen Infekten, die oben aufgeführt sind, nämlich ein Drittel etwa der Psoriatiker fühlten dadurch ihre Psoriasis provokatorisch beeinflusst, während die übrigen Patienten jeglichen Einfluß dadurch verneinten.

Gelenkerkrankungen zeigten nur in zwei von 18 Fällen einen deutlichen Zusammenhang mit der Psoriasis: einmal bewirkte die Verschlechterung der Psoriasis eine Verschlechterung der Gelenkbeschwerden, das andere Mal war es genau umgekehrt.

Bei Operationen versuchte man Tonsillektomie und Appendektomie von verschiedenen anderen Operationen zu trennen. Bei Tonsillektomien war in 14 % eine Besserung der Psoriasis eingetreten, während die anderen Operationen in geringem Maße eine Provokation der Psoriasis bewirkten. Jedoch war in weit überwiegenden Fällen keinerlei Einfluß auf den Krankheitsverlauf der Psoriasis festzustellen.

Bei den 71 weiblichen Patienten wurden spezielle Erhebungen über die Auswirkung von Schwangerschaft, Wochenbett und Regel auf die Psoriasis angestellt. 12,6 % der Patientinnen hatten einen Zusammenhang zwischen Menarche und Beginn der Psoriasis in etwa festgestellt, jedoch aufgrund der breiten Streuung - Erstmanifestationsalter bis zu Alter bei Menarche - kann man wohl sagen, daß höchstwahrscheinlich kein ursächlicher Zusammenhang zwischen den beiden Fakten bestand. Der Einfluß der Regelblutung war bei den meisten Patientinnen (77,5 %) in

keiner Weise bemerkenswert. 18,3 % jedoch beklagten zu dieser Zeit eine Verschlechterung ihrer Psoriasis. Ein kleiner Teil der Patientinnen (4,2 %), die eine Verbesserung ihrer Psoriasis während dieser Zeit angaben, sei noch erwähnt.

Die Menopause hatte angeblich bei diesen 71 Patientinnen keinerlei Einfluß auf die Psoriasis.

Im Verlauf der Schwangerschaft hatten 20 % aller 35 Patientinnen, die im Laufe ihrer psoriatischen Krankheitsgeschichte Kinder gebären, eine Besserung der Schuppenflechte zu verzeichnen. Nur 3 % erlitten in dieser Zeit eine Provokation, der weitaus größte Teil der Patientinnen fühlte jedoch während der Schwangerschaft keine Beeinflussung der Psoriasis.

Die Zahlen verschieben sich für die Zeit des Wochenbetts zur Seite der provokatorischen Wirkung hin, die in 11 % der Fälle angegeben wurde. Nur noch 9 % der Patientinnen gaben eine Verbesserung ihrer Psoriasis in dieser Zeit an, obwohl die Zahl der Patientinnen, die dadurch keinen Einfluß auf den Verlauf ihrer Psoriasis beobachteten, mit 80 % nahezu gleichblieb. Es zeigte sich, daß die Psoriasis sich im Laufe der Schwangerschaft oft besserte, jedoch nach der Geburt mehr oder weniger schnell rezidierte bzw. sich erneut verschlechterte.

Die vorletzte Gruppe endogener Faktoren beinhaltete Fragen zur Ernährung. Es zeigte sich, daß ungefähr ein Drittel der 100 Patienten eine besondere Kost zu sich nahmen, entweder in Form von verordneter Diät oder aufgrund interner Beratung der Psoriatiker untereinander. So wurde fettarme, eiweißreiche und nicht zu scharfe Ernährung von etwa 24 % der Patienten als günstig angegeben. Dem stehen jedoch 60 % der Patienten gegenüber,

die eine solche Ernährungsform ausprobierten, ohne irgendeinen Erfolg damit zu erzielen. Als speziell die Psoriasis verschlechternde Nahrungsmittel wurden Schweinefett, Obst (Orangen, Erdbeeren und Weintrauben) angegeben, sowie scharfe oder saure Speisen. Eine direkte Ernährungsänderung - also Umschwenken auf eine Kur oder Diät - verursachte in zwei von 18 Fällen eine Provokation und bewirkte in einem Fall eine Besserung der Psoriasis. Es ist jedoch fraglich, ob in diesen wenigen Fällen nicht ganz andere, zufällige Umstände zu der Veränderung führten.

Gewichtsveränderungen haben möglicherweise auch mit diesem Problem zu tun. Es schien, daß der mit der Gewichtsabnahme verbundene Stress oder die Schwäche des Organismus dadurch leicht zu einer Provokation der Psoriasis führen (24 %), ganz im Gegensatz zur Gewichtszunahme, die sich laut unserer Untersuchung längst nicht so deutlich negativ auf die Psoriasis der Patienten auswirkte (11 %). Über die Hälfte der Patienten jedoch - 54 % bezüglich Gewichtsabnahme und 78 % bezüglich Gewichtszunahme - äußerten keinerlei positive oder negative Beobachtungen.

Auf die Frage nach der Wirkung des Alkohols kam man zu dem Ergebnis, daß der Einfluß auf die Psoriasis nicht groß sein konnte, wenn auch etwa 14 % der Patienten eine provokative Auswirkung nach stärkerem Alkoholgenuß vermuteten.

Die Beziehung: "seelische Belastung - Psoriasis" wurde mit besonderem Interesse verfolgt. Die Ergebnisse bestätigten die allgemein verbreitete Annahme, daß

emotionale Beeinflussung recht stark ist. So gaben 81 % der Patienten für ihre Krisenzeiten eine deutlich spürbare Verschlechterung ihrer Psoriasis an; nur 10,5 % hatten in dieser Situation keine Veränderung ihrer Schuppenflechte erlebt.

Noch zu erwähnen wären jene 4 Patienten, die durch ein solches Ereignis einen positiven Einfluß auf ihre Psoriasis bemerkten.

Der Vergleich der familiären Belastung bzw. des Erstmanifestationsalters mit dem späteren Verlauf spricht dafür, daß eine stärkere familiäre Belastung bzw. ein frühzeitigerer Beginn der Erkrankung einen schwereren Verlauf mit stärker ausgeprägten Hauterscheinungen und geringeren freien Intervallen zur Folge hat.

Gruppe	Alter der Erstmanif.	Anzahl	familiäre Beteiligung		Verlauf			Verlauf			Hautbefund stationär		
					Intervall	kein Intervall	Erstmanif.	zunehmend	gleich	wechselnd	schwer	mittel	leicht
			+	?									
1	0-10	8	6	-	2	6	-	6	1	1	6	2	-
2	10-20	34	10	4	17	17	-	29	4	1	19	13	2
3	20-30	23	9	-	10	11	2	19	3	1	15	6	2
4	30-40	14	2	2	6	8	-	11	3	-	7	5	2
5	40-50	6	1	2	3	3	-	5	1	-	2	1	3
6	50-60	9	1	-	1	6	2	7	2	-	1	6	2
7	60-70	4	1	-	1	2	1	4	-	-	1	2	1
8	70-80	2	-	-	1	-	1	1	1	-	2	-	-

Tabelle 1: Beziehung zwischen "Erstmanifestationsalter - familiäre Beteiligung - Verlauf" (zahlenmäßig)

Gruppe	Alter der Erstmanif.	Anzahl	familiäre Beteiligung		Verlauf			Verlauf			Hautbefund stationär		
					Intervall	kein Intervall	Erstmanif.	zunehmend	gleich	wechselnd	schwer	mittel	leicht
			+	?									
1	0-10	8	75%	-	25%	75%	-	75%	12,5%	12,5%	75%	25%	-
2	10-20	34	30%	12%	50%	50%	-	85%	12%	3%	56%	38%	16%
3	20-30	23	39%	-	44%	48%	8%	83%	13%	4%	65%	26%	9%
4	30-40	14	14%	14%	43%	47%	-	79%	21%	-	50%	35%	15%
5	40-50	6	17%	33%	50%	50%	-	83%	17%	-	33%	17%	50%
6	50-60	9	11%	-	11%	67%	22%	78%	22%	-	11%	67%	22%
7	60-70	4	25%	-	25%	50%	25%	100%	-	-	25%	50%	25%
8	70-80	2	-	-	50%	-	50%	50%	50%	-	100%	-	-

Tabelle 2: Beziehung zwischen "Erstmanifestationsalter - familiäre Beteiligung - Verlauf" (prozentual)

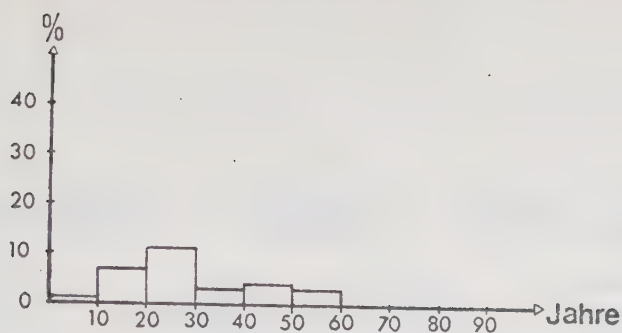


Abb. 1 Erkrankungsalter der
erfaßten männlichen Patienten

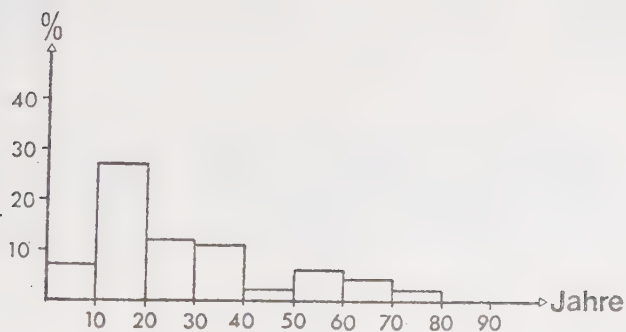


Abb. 2 Erkrankungsalter der
erfaßten weiblichen Patienten

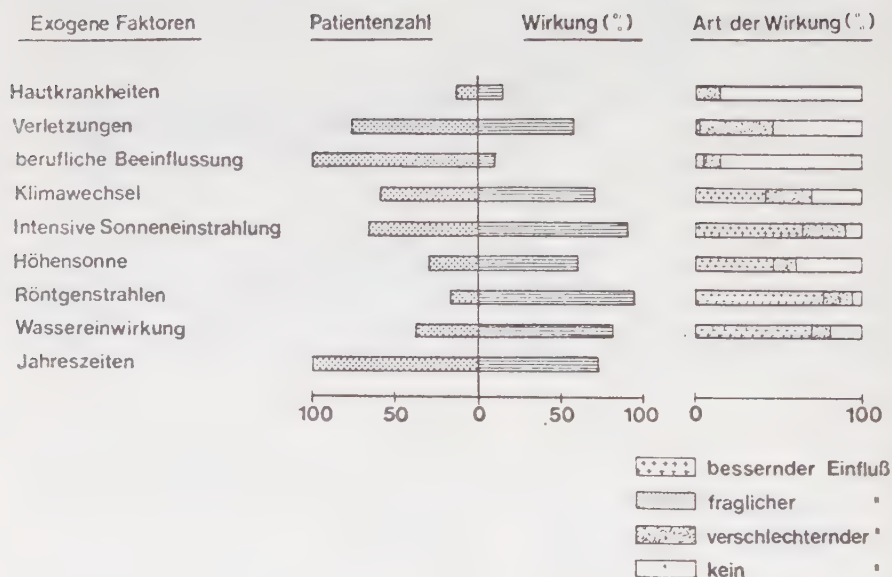


Abb. 3 Beeinflussung der Psoriasis durch exogene Faktoren
(Jahreszeiten: Art der Wirkung - siehe Text)

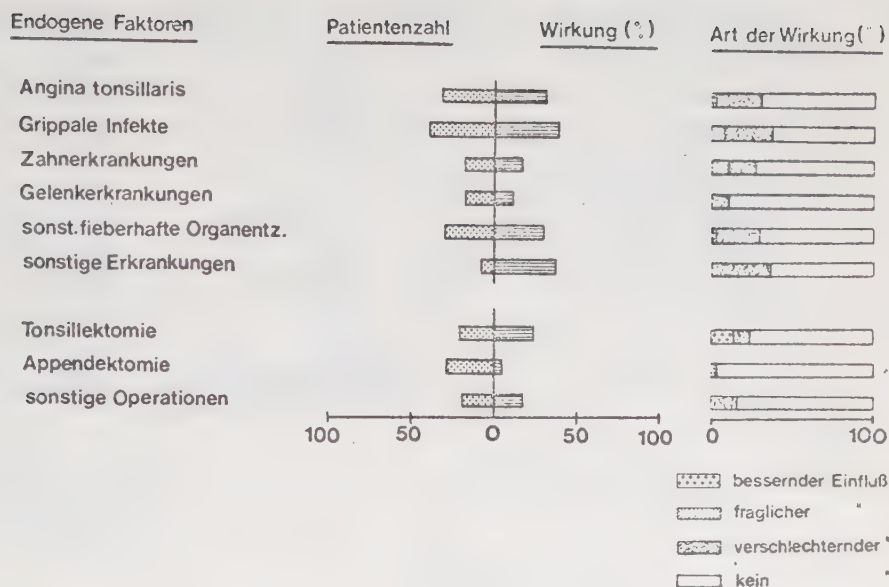


Abb. 4a Beeinflussung der Psoriasis durch endogene Faktoren

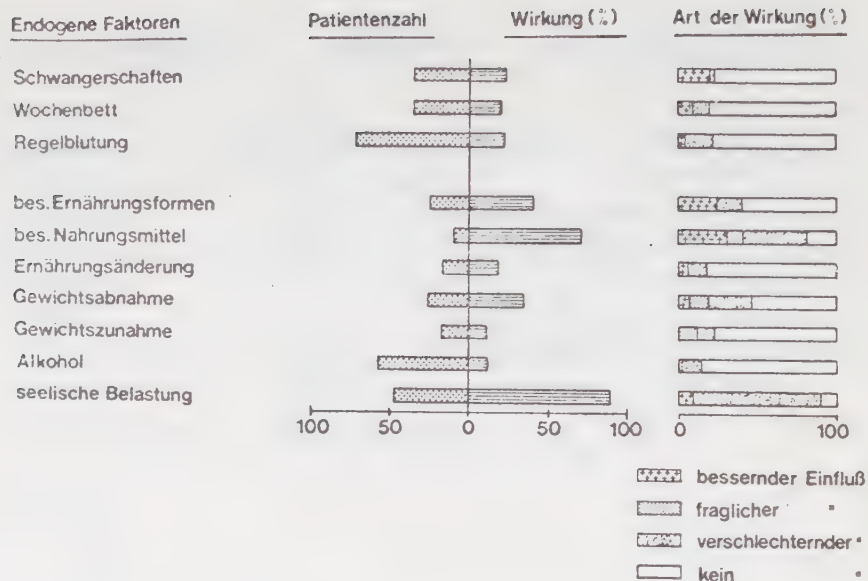


Abb. 4b Beeinflussung der Psoriasis durch endogene Faktoren

LITERATURVERZEICHNIS

- AASER, E. Psoriasis - Infektionskrankheit?
Acta dermat.-venerol.; 16: 77-81 (1935)
- ALIBERT, J.L. Descriptions des maladies de la peau;
Paris, 1825
- AUKEN, G. Studies on serum lipoids and constitutional types of psoriatics and normals;
Dissertation, Copenhagen, 1948
- BAER, R.L. und Witten, V.H. Psoriasis - a discussion of selected aspects; Year Book of Dermatology,
9-38 (1961-62)
- BAKER, H., Golding, D. und Thompson, M. Psoriasis and arthritis; Ann. Intern. Med., 58: 909-925 (1963)
- BARBER, H.W. Psoriasis; Brit.M.J., 1: 219-223 (1950)
- BARBER, H.W. Zur Ätiologie der Psoriasis; Hautarzt, 2: 71-72 (1951)
- BAZIN, E. "Leçons théoriques et cliniques sur les affections de la peau de nature arthritique et dartreuse"; Paris (1868)
- BERGER, H., Bickhardt, R., Born, W., Hundeiker, M. (Berichterstatte) Psoriasis; Int. Klausurtagung in Tittisee am 24. und 25. Okt. 1969
- BETTMANN, S. "Über jahreszeitliche Schwankungen von Hautkrankheiten"; Münch. Med.Wchn.schr., 67: 656-657 (1920)
- BOLGERT, M. und Soule, M. Origine psychogène du psoriasis (A propos de l'étude de deux cents cas); Ann.Dermat. et Syph., 82: 252-266 (1955)
- BOLLET, A.J. und Turner, R.E. Psoriatic arthritis; Ann. N.Y. Acad. Sci., 73: 1013-1019 (1958)

- BORN, W. Zur Kenntnis der exogenen Manifestationsmöglichkeit einer Schuppenflechte; Z. Haut- Geschlechtskr., 18: 162-168 (1955)
- BOURDILLON, C. Psoriasis et arthropathies; Dissertation, Paris, 1888
- BRAUN-FALCO, O. Zur Frage der Psoriasis; Dtsch. Ärzteblatt, 63: 1117-1124 und 1195-1200 (1966)
- BRAUN-FALCO, O. und Sandmann, H.J. Fortschritte der prakt. Dermatologie und Venerologie VI; Springer-Verlag Berlin-Heidelberg-New York (1970)
- BRAUN-FALCO, O., Burg, G. und Farber, E.M. Psoriasis. Eine Fragebogenstudie bei 536 Patienten; Münch.Med.Wchn.schr. 114, 23: 1105-1110 (1972)
- CARRIER, C. Praktischer Leitfaden der beruflichen Hautkrankheiten; Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1959
- CHURCH, R. The Prospect of psoriasis; Brit. J. Derm., 70: 139-145 (1958)
- CRAWFORD, G.W., und Leeper, R.W. Diseases of the skin in pregnancy; Arch. Dermat. & Syph., 61: 753-771 (1950)
- CUNO, H. Über die Schuppenflechte. Ein Beitrag zu den Ursachen und Entwicklungsbedingungen des Leidens; Dissertation, Würzburg, 1938
- DAWSON, M.H. A note on the occurrence of psoriasis in rheumatoid arthritis; Med.Clin. North America, 21: 1807-08 (1937)
- DORN, H. Psoriasis als Erbleiden unter besonderer Berücksichtigung der Mutationsrate; Ztschr. Haut- Geschlechtskr., 22: 110-19 (1957), auch in Arch.klin.u.exper.Dermat., 206: 517-523 (1957)
- DUBOIS, P. Contribution à l'étude du psoriasis à propos de l'observation de 488 cas., Dissertation, Lille, 1958
- ENGELHARDT, W. und Cordes, W. Der Einfluß der Kriegs- und Nachkriegszeit auf Psoriasis und Hauttuberkulose; Dermat.Ztschr., 70: 321-327 (1935)

- FALK, A. Psoriasis arthropathica (einschließlich der sog. "hyperkeratotischen Exantheme" bei gonorrhöischen Gelenkerkrankungen); Arch.Dermat.u.Syph., 129: 299-311 (1921)
- FARBER, E.M., MD;
Ross, D. Bright, MD;
M. Lexie Nall, MA;
Stanford, Calif. Psoriasis - A questionnaire survey of 2.144 patients; Arch.Derm., 98: 248-259 (1968)
- GRAHAM, W. Psoriasis and rheumatoid arthritis; In Comroe's Arthritis and Allied Conditions, Philadelphia, p. 164-170 (1953)
- GRAYSON, L.D. und Shair, H.M. Psoriatic family tree; Arch.Dermat., 79: 661-664 (1953)
- GRÜNEBERG, Th. Psoriasis und Schwangerschaft; Hautarzt, 3: 155-159 (1952)
- GROTZ, O. und Bürger, M. Die Psoriasis als Stoffwechselproblem; Klin.Wchn.schr., 12: 373-379 (1933)
- GUNDERSEN, E. Hat Psoriasis eine Relation zur fokalen Infektion? VIII. Congr.Int.Derm.Syph., Copenhagen, p 789-792 (1930)
- HAHNEMANN, H. Beitrag zur Statistik der Psoriasis vulgaris; Dissertation, Würzburg, 1932
- HANSE, W. Zur Statistik der Psoriasis vulgaris aufgrund der von 1920-1925 in der Leipziger Dermatologischen Klinik behandelten 241 Krankheitsfälle; Dissertation, Leipzig, 1926
- HAXTHAUSEN, H. Om arstidernes indfilydelse pa forskellige hudsygdomme; Bibl. laeger, 116: 321-329 (1924)
- HARU, A.S. Psoriasis in twins; Ann.med.int.Fenniae, 44: 225-229 (1955)
- HELLGREN, L. Psoriasis. Prevalence in Sex, Age and Occupational Groups in Sweden and Association with Skin and Rheumatic Diseases; Almqvist und Wiksells, Uppsala (1967)

- HEULZ Psoriasis survenu à la suite de frateur et d'émotion morale; Ann.Dermat. et Syph., 2. sér. 7: 350-351 (1886)
- HILBING, R. "Beitrag zur Ätiologie und Pathogenese der Psoriasis"; Dissertation, München, 1905
- HURRIEZ, Desmons und Baelden Etude du taux des antistreptolysines. O et des antistaphylolysines dans le serum de malades atteints de diverses dermatoses; Ann.Dermat. et Syph., 85: 5-25 (1958)
- HIPPLER, M. "Das Schicksal unserer Psoriasispatienten nach klinischer und ambulanter Behandlung"; Dissertation, Münster, 1932
- HOEDE, K. "Beiträge zur Statistik, Ätiologie und Pathogenese der Psoriasis vulgaris unter entsprechender Berücksichtigung der Erblichkeit"; Dissertation, Würzburg, 1927
- HOEDE, K. Ober Beziehungen zwischen Psoriasis und Ovarialfunktion; Monatsschr. Geburtsh. u.Gynäk., 84: 346-356 (1930)
- HOEDE, K. Umwelt und Erblichkeit bei der Entstehung der Schuppenflechte; Habilitationsschrift, Würzburg, 1931
- HOEDE, K. Zur Frage der Erblichkeit der Psoriasis; Hautarzt, 8: 433-438 (1957)
- INGRAM, J.T. The significance and management of psoriasis; Brit.M.J., 2: 823-828 (1954)
- KEINING, E., Braun-Falco, O. Dermatologie und Venerologie; J.F. Lehmannsverlag, München, 1969
- KERCKHOFF, J.P.H., van Neue Beiträge zur Kenntnis der Psoriasis vulgaris und deren Behandlung; VIII. Congr.Int.Derm.Syph., Copenhagen, 773-788 (1930)
- KREKELER, O.M. Beiträge zur Statistik der Psoriasis vulgaris; Dissertation, Leipzig, 1912

- LANE, C.G. und
Crawford, G.M.
Psoriasis, A statistical study of
321 cases; Arch.Dermat.u.Syph.,
35: 1051-1061 (1937)
- LELOIR, H.
Leçons nouvelles sur les affections
cutanées d'origine nerveuse; Annal.
dermat. et syph., 2. sér. 8: 367-379
(1887)
- LERNER, C.
Hereditary influences in psoriasis;
J.Invest.Dermat., 3: 347-356 (1940)
- LOMHOLT, G.
Psoriasis. Prevalence, Spontaneous
Course and Genetics. A census study on
the prevalence of skin diseases on the
Faroe Islands, G.E.C. Gad.,
Dissertation, Copenhagen, 1963
- McEVEN, C.,
Ziff, M.,
Carmel, P.,
Ditsta, D. und
Tanner, M.
The relationship to rheumatoid
arthritis of its so-called variants;
Arthritis und Rheum., 1: 431-496 (1958)
- MADDEN, J.F.
Psoriasis. A clinical and laboratory
statistical study; Minnesota Med.,
22: 381-385 (1939)
- MARCUSE, M.
Zur Frage der Erblichkeit und des
Wesens der Psoriasis; Dermat.Ztschr.,
18: 972-992 (1911)
- MOLLER, A.C.
Zur Statistik der Psoriasis vulgaris;
Dissertation, Leipzig, 1933
- NARDELLI, L.
Die Bedeutung der Verschlechterung
der Psoriasis während der Schwanger-
schaft; Dermat.Wchnschr., 136: 748-751
(1957)
- NIELSEN, L.
Bidrag til kundskaben om psoriasis;
Dissertation, Copenhagen, 1892
- NIELSEN, L.
Klinische und ätiologische Untersuchen-
gen über Psoriasis; Monatsschr.f.prakt.
Dermatol., 15: 317-337, 365-382 (1892)

- NØRHOLM-PEDERSEN, A. Streptococcal infections and psoriasis. A comparison between antistreptolysin values in a series of patients with psoriasis and a venereal "normal series" in 3 age-groups; Acta dermat.-venerol., 29: 245-251 (1952)
- NORRLIND, R. Psoriasis following infections with haemolytic streptococci; Acta dermat.-venerol., 30: 64-72. (1950)
- ORNSBY, D.S. und Montgomery, H. Diseases of the Skin 8th ed. Lea and Febiger, Philadelphia, 1954
- POLANO Het Quotient Cholesterol/Phosphorlip. bij Dermatosen; Dissertation, Leyden, 1934
- POLOTEBNOFF Psoriasis; Monatsschr. prakt. Dermat., 1: 41-142 (1891)
- RASCH, C. Hudens Sygdomme; Copenhagen, p. 416 (1905)
- REED, W.B. Psoriatic arthritis; Acta dermat.-venerol., 41: 396-403 (1961)
- REED, W.B. und Becker, S.W. Psoriasis and arthritis; Arch.Dermat., 81: 577-585 (1960)
- REED, W.B., Heiskell, C.L. und Becker, S.W. Negativity of the latex fixation test in psoriatic arthritis; Arch.Dermat., 83: 653-656 (1961)
- RIFKIN, F. Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten; Jena, 8: 192-197 (1931)
- ROSEN, S. T. Psoriasis from a prognostic and hereditary point of view; Dissertation, Uppsala, 1945
- RUSSEL, B. Psoriasis; Practitioner, 164: 197-204 (1950)
- SCHAMBERG, J.G. The known and the unknown about psoriasis; J.A.M.A., 83: 1211-1214 (1924)

- SCHAMBERG, J.G.,
Kolmer,
Ringer und
Raiziss
Research studies in psoriasis, second
paper; J. cutan. Dis., 31: 802-915
(1913)
- SCHWIMMER, E.
Über einige durch Influenza bedingte
Hauterkrankungen; Wien.med.Wchn.schr.,
40: 1562-1566 (1890)
- SIMONS, R.H.G.PH.
Additional studies in tropics and in
starvation camps; J.Invest.Dermat.,
12: 285-294 (1949)
- SONCK, C.E. und
Widholm, O.
Zur Frage der Antistreptolysin- und
Antistaphylolysintiter bei einigen
Hautkrankheiten; Ztschr. Haut- Ge-
schlechtskr., 17: 175-180 (1954)
- SPINDLER, A.
Zur Vererbung der Psoriasis vulgaris;
Arch.Dermat.u.Syph., 169: 417-420 (1934)
- STEINBERG, A.G.,
Becker, S.W.,
Fitzpatrick, T.B. und
Kierland, R.R.
A genetic and statistical study of
psoriasis; Am.J.Human genet.,
3: 267-281 (1951)
- STEINKE, A.
Stellungnahme zu umstrittenen Fragen
bei der Psoriasis; Dissertation,
Berlin, 1935
- THALACKER, C.
Beeinflussung verschiedener Erkrankun-
gen durch akute Infektionskrankheiten;
Deutsche Ztschr.Nervenh.,
47/48: 762-771 (1913)
- VAAG, A.
Om behandling af psoriasis; Ugesk.
laeger, 124: 1810-1812 (1962)
- WARD, J.H. und
Stephens, F.E.
Inheritance of psoriasis in a Utah
Kindred.Arch.Dermat., 84: 589-592 (1961)
- WEBER, A.
Über das Verhalten der Psoriasis vul-
garis während der verschiedenen Phasen
der geschlechtlichen Funktion des Weibes
unter besonderer Berücksichtigung der
Schwangerschaft; Dissertation, Halle
(Saale), 1936

- An dieser Stelle möchte ich
Herrn Oberarzt Dr. G. Rassner
sehr herzlich danken für die
Oberlassung des Themas und
seine immer freundliche Hilfe
und Unterstützung während der
Fertigstellung dieser Arbeit.

Lebenslauf

Am 26.3.1945 wurde ich, Karin Urban geborene Klostermeier, als Tochter des städtischen Oberamtmannes Peter Klostermeier und seiner Ehefrau Anna Klostermeier geborene Werther, in Pähl geboren.

Von 1951 - 1955 besuchte ich die Volksschule in München. 1955 trat ich in das Realgymnasium ein und verließ 1964 nach bestandenem Abitur das Elsa-Brandström-Gymnasium in München-Pasing.

Im Wintersemester 1964 immatrikulierte ich mich an der Ludwig Maximilians-Universität in München für das Fach Zahnheilkunde.

1965 bestand ich das zahnärztliche Vorphysikum und 1967 das zahnärztliche Physikikum.

1969 beendete ich nach insgesamt 10 Semestern mit dem Staatsexamen das Studium der Zahnheilkunde.

Anschließend war ich vom 1.2.1970 - 31.3.1971 als Assistenzärztin in freier Praxis tätig und nahm dann ab 15.6.1971 die Stelle als Verwalter einer wissenschaftlichen Assistentenstelle an der Universitäts-Zahnklinik München in der prothetischen Abteilung an.

